Bibliothèque numérique
medic@

Le progrès médical

1924, partie 01. - Paris, 1924.
Cote : 90170

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1924x01

© BIU Santé

Le Progrès Médical

1924

© BIU Santé

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V•)
Compte chèques postaux 357.81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies ..... 30 fr.
Belgique et Italie..... 40 fr.
Union postale..... 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — *Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec*
BRÉCHOT — *Chirurgien des Hôpitaux*
CHIFOLIAU — *Chirurgien de la Maison Dubois*
CLERC — *Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Laribboisière*
CODET — *Médecin des Asiles*
JEANNIN — *Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié.*
LENORMANT — *Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis*
L. LORTAT-JACOB — *Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*
PAUL-BONCOUR (G.) — *Professeur à l'Ecole d'Anthropologie*
A. PHILIBERT — *Professeur agrégé*
POULARD — *Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker Enfants-Malades*
Félix RAMOND — *Médecin de l'Hôpital St-Antoine*
VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux*

Rédacteur en chef :
Maurice LOEPER
Professeur agrégé
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790

ET

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

du Progrès Médical



1924

90170

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Gob. 30-03

© BIU Santé

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La contraction utérine,

Par Mme le Dr FORGET-URION.

Il est fréquent de constater une prolongation inattendue de la période de dilatation, indépendamment de tout obstacle anatomique : les douleurs persistent, mais le travail ne progresse pas. Il s'agit alors d'une anomalie de la contraction utérine qu'on étiquète volontiers : inertie utérine.

Y a-t-il toujours dans ces cas insuffisance relative du muscle utérin ? et convient-il d'y remédier empiriquement par les mêmes procédés généraux ? Tels sont les 2 points que nous cherchons à élucider d'après quelques notions pour la plupart d'acquisition récente, particulièrement bien exposées par VIGNES dans sa *Physiologie obstétricale* (Paris, 1923.)

Etude clinique.

Faisons d'abord l'étude succincte du travail utérin dans ses deux éléments : la tonicité et la contractilité.

La *tonicité* ou tonus est la tension musculaire qui existe dans tout muscle vivant même au repos. Le tonus maintient le contenu utérin sous une pression de 20 à 35 millim. de Hg, comme SCHATZ, puis POLAILLON l'ont déterminé. Cette pression, lors *de la contraction* s'élève à 70 ou 100 mm. Ce n'est que lorsque la contraction atteint une certaine intensité que la douleur se manifeste. Ce « seuil » de la douleur est à 12 millim. environ au-dessus du tonus normal.

Le tonus est utile comme collecteur du travail (Mlle JOTEYKO), car il économise le travail nécassaire pour amener le muscle au degré de contraction efficace. Le point de départ de la contraction se trouve donc normalement environ à mi-hauteur de sa pression culminante.

DEMELIN insiste sur ce fait que l'activité efficace de l'utérus s'apprécie par la différence entre l'intensité de la contraction tonique et celle de la contraction clonique. Il existe d'ailleurs un état optimum de la tonicité : au-dessous le muscle n'a pas assez d'énergie pour accomplir des oscillations de telle envergure ; au-dessus il ne peut produire péniblement que des contractions de minime amplitude, relativement peu efficaces.

La mensuration de la tension utérine est difficilement réalisable en clinique. Pour apprécier la valeur vraie, intrinsèque, de la pression, il faut placer un ballon dans la cavité utérine. Cette hystérographie interne nécessite un dispositif complexe et expose à l'infection, elle reste un procédé d'expérimentation ; même à ce point de vue, elle a l'inconvénient d'irriter l'utérus et, donc, de fausser plus ou moins les résultats. L'hystérographie externe n'enregistre que les dénivellations, c'est-à-dire les contractions, elle reste muette sur la tonicité.

En clinique, pratiquement, on ne peut se baser que sur les renseignements classiques. On appréciera le tonus par la palpation externe, l'introduction de la main à l'intérieur. L'utérus des primipares, qui a une tonicité supérieure à celui des multipares, est plus difficile à palper : les manœuvres intra-utérines y sont plus laborieuses. En outre, la persistance d'une douleur persistant entre les contractions (douleur de reins) doit faire penser à une élévation anormale du tonus, aux environs du « seuil » douloureux. On peut aussi, à l'examen du col, constater une rigidité spasmodique qui peut diminuer pendant les contractions (BRINDEAU).

C'est cette anomalie de la contraction, l'hypertonie, que nous aurons surtout en vue dans ce travail. C'est à elle qu'on peut attribuer les lenteurs de la dilatation alors que les contractions persistent. Ce travail laborieux « *Tedious Labour* » est d'autant plus facilement confondu avec l'inertie que les contractions sont de courte amplitude et de faible durée bien qu'elles atteignent un point dynamique élevé.

Pour comprendre ces faits, il faut connaître la structure et le fonctionnement du muscle utérin, notion dont on ne connaît encore que les rudiments.

Structure de l'utérus.

Certains utérus animaux sont formés de fibres longitudinales dont la contraction péristaltique se propage des trompes vers le col. Rien de semblable dans l'utérus humain. On y a individualisé à grand'peine une couche longitudinale et une couche circulaire, enchevêtrées à des tourbillons mal systématisés. Ce n'est donc ni un canal ni une suite de sphincters, mais un mélange des deux types, une poche ovoïde se contractant en bloc dans les cas normaux. Le fœtus est énucléé vers le bas parce que le segment inférieur peu musclé offre une résistance moindre et se laisse dilater plus ou moins passivement.

L'Histologie.

L'histologie va nous donner la clef des constatations cliniques courantes.

Le muscle utérin comme le myocarde a une structure intermédiaire à la fibre lisse et à la fibre striée. Or, on sait que les muscles a contraction lente ou continue sont à fibres lisses et que les muscles à contraction rapide sont à fibres striées. C'est ainsi que les muscles des mouches sont lisses avant qu'elles aient quitté leur enveloppe larvaire, puis deviennent striés quand elles ont volé.

De même, RANVIER a constaté dans l'utérus des nullipares la persistance des caractères embryonnaires avec prédominance de sarcoplasme. Pendant la gestation, les fibres acquièrent une striation transversale qui augmente avec les grossesses.

L'utérus primipare est donc formé de fibres moins évoluées à propriétés toniques prédominantes, ce qui explique le tonus plus élevé pouvant aller jusqu'à la contracture, la tétanisation partielle ou totale.

Chez la multipare au contraire, la tonicité est moindre, facilitant la palpation externe du fœtus et les manœuvres intra-utérines. Le col se laisse plus facilement dilater par la présentation ou artificiellement.

Mais si la tonicité est moindre, en revanche, la contraction clonique est plus vigoureuse. Ces deux modifications, également favorables, expliquent la rapidité relative du travail chez les multipares.

Motilité.

Le muscle utérin paraît avoir un automatisme spontané, mais susceptible d'être influencé par des actions neuro-glandulaires.

L'*automatisme* est incontestable. L'organe se contracte chez des femmes à moelle sectionnée accidentellement ou même après hystérectomie.

Chez l'animal, KURDINOWSKY a vu persister les contractions de l'utérus isolé, irrigué par une solution chloralée qui paralyse même les éléments nerveux intra-utérins.

Innervation. L'utérus reçoit quelques filets cérébro-spinaux purement sensitifs. Les nerfs modificateurs de son automatisme viennent du ganglion mésentérique inférieur du sympathique. La participation du n. pelvien dépendant du parasympathique est encore douteuse. (On sait que pour certains viscères; le sympathique et le parasympathique ont une action antagoniste.)

Le sympathique agit activement en renforçant l'automatisme du muscle, mais il peut aussi l'enrayer par son inhibition.

Théoriquement, on pourrait donc prévoir que les fem

© BIU Santé

res à prédominance sympathicotonique auront un tonus et une contractilité augmentés pouvant s'exagérer jusqu'à l'hypertonie et la tétanisation.

Inversement, il peut se produire de l'inertie d'origine nerveuse, soit accidentelle (action d'arrêt bien connue des émotions, de la réplétion vésicale) soit constitutionnelle, soit qu'on l'attribue à une insuffisance, une imbibition du sympathique vrai ou à une prédominance du système antagoniste parasympathique (tempérament vagotonique). C'est ainsi que VIGNES a constaté la coïncidence d'atonie vraie et d'asthme (on connaît le rôle pathogénique de la vagotonie dans l'asthme).

Le déséquilibre du système nerveux végétatif, les alternatives vagosympathiques sont fréquentes chez beaucoup d'individus. Pendant la grossesse, on trouve le plus souvent de l'hyper-sympathicotonie. C'est ainsi que GARNIER et LÉVI-FRANKEL ont trouvé le réflexe oculo-cardiaque absent ou inversé dans 51 % des cas et une accélération du pouls qui, dans les 2/3 des cas, dépasse 75. On peut encore soupçonner la prédominance du sympathique aux signes suivants : sensibilité à l'atropine : réflexe solaire marqué (CLAUDE), exagération des réflexes tendineux (SICARD) ; aptitude à la pigmentation (SÉZARY) si fréquente chez les femmes enceintes : sécheresse de la peau : diminution des sécrétions et contracture des sphincters d'où constipation, enfin un ensemble psychique réalisant ce que DUPRÉ a appelé la constitution émotive (HARVIER). Ceci rappelle la constatation suivante de PAJOT. « Il est des femmes — j'ai remarqué qu'elles étaient généralement intelligentes — affligées d'un utérus, non seulement incapable de se contracter suffisamment pour expulser un fœtus à terme, alors qu'aucune condition favorable ne fait défaut, sauf l'action utérine mais, de plus, ces utérus ont une tendance singulière à la contraction et à la rétraction spasmodique, liaison imprévue et bizarre avec des contractions faibles ». Une remarque analogue est faite par la doctoresse Stockham à propos des femmes américaines intellectuelles.

Il y aurait donc un syndrome d'insuffisance ou de déséquilibre organique, rançon du surmenage psychique ; cela nous expliquerait pourquoi l'accouchement est plus laborieux chez les civilisés, malgré les conditions hygiéniques meilleures et que le travail est rapide et peu douloureux chez les peuples restés primitifs. Mme Stockmann cite le cas des Indiennes de son pays qui s'écartent de la colonne en marche et la rejoignent ensuite avec le bébé accroché sur le dos. De même, les filles-mères de nos pays, les plus frustes, les plus bestiales, dissimulent leur accouchement avec une facilité qui stupéfie quand on a vu les lenteurs et les douleurs habituelles.

Les relations du psychisme et des fluctuations vagosympathiques sont confirmées par des observations récentes de SANTENOISE.

Ce serait là une sérieuse objection au progrès intellectuel des femmes, mais pour être logique, il faudrait pour tous revenir à l'état de nature, car les diverses perturbations végétatives ne sont pas l'apanage du sexe féminin.

Les *glandes endocrines* peuvent agir de deux façons sur l'automatisme utérin, soit directement par leur sécrétion, soit indirectement en renforçant la neurotonie générale. D'ailleurs, ce sont surtout les glandes considérées comme sympathicotropes qui subissent une hypertrophie pendant la grossesse.

La thyroïde grossit : le cou augmente de volume. Il n'est pas exceptionnel de noter l'apparition d'un basedowisme fruste ou son augmentation. Le rôle excito-sympathique de la sécrétion peut activer indirectement l'utérus.

La surrénale (au moins dans sa portion médullaire) est plus active. La femme enceinte a de l'adrénalinémie ; son sérum excite *in vitro* les fibres lisses. En outre de son action directe sur l'utérus, l'adrénaline agit sur le sympathique.

L'hypophyse excite le territoire du ganglion mésentérique inférieur (rein, vessie et utérus).

Ces trois glandes agissent donc plus ou moins directement dans la stimulation physiologique de l'utérus. En outre, le colostrum (DICKINSON) les extraits de placenta, mamelle, embryon, utérus, rate, rein, etc. (SCHICKELÉ) ont expérimentalement un rôle ocytocique.

Nous ne faisons donc que soupçonner les lois qui régissent le fonctionnement utérin. Cette question est à l'étude mais nous pouvons déjà dans les cas peu complexes individualiser quelques types pathologiques susceptibles d'une thérapeutique un peu plus rationnelle.

Pathogénie de l'hypertonie.

Le terrain musculaire et neuro-glandulaire apporte son influence prédisposante. Mais on peut parfois mettre en évidence des causes déterminantes de contracture anormale (abstraction faite des grandes dystocies.)

L'*irritation du col* peut déterminer cette réflectivité exagérée. Elle peut se produire sous l'influence :

1° Soit d'une tête mal fléchie (généralement Droite Post.) qui appuie irrégulièrement sur le pourtour du col ;

2° Soit procidence d'un membre ;

3° Soit par des manœuvres intempestives : par exemple faire pousser avant la dilatation complète ou simplement des touchers brutaux ou trop répétés (Vignes) ;

4° Soit au cours de la dilatation forcée du col (excitateur de Tarnier et surtout dilatateur de Bossi).

L'*irritation de l'utérus*, tantôt par métrite (GUEISSAZ), tantôt par stimulations inopportunes : frictions, massages, expression, tantôt par présence d'un ovoïde fœtal imparfait surtout après rupture de la poche des eaux. Le tissu utérin se plaque sur le fœtus, s'amincit au niveau des parties saillantes et s'insinue en bourrelets épais dans les dépressions formant des anneaux, des étranglements qui peuvent siéger à un niveau quelconque. Les douleurs peuvent être très vives et même continues sans que le travail progresse. Cette rétraction peut aboutir à la rupture utérine.

La fatigue, bien que cela paraisse paradoxal, peut aboutir à la contracture. Après un travail long ou laborieux (gros œuf ou bassin un peu juste, etc.) le muscle surmené sécrète des toxines excitantes qui agissent à la fois sur la fibre musculaire et sur le sympathique en les irritant.

Diagnostic

Il faudra penser à l'hypertonie, à la contracture, si la femme gémit entre les contractions et accuse une douleur de reins incessante. On appréciera le tonus par la palpation externe et par l'état de tension du col.

On pourra attribuer la lenteur du travail à l'atonie vraie quand la femme est somnolente entre les contractions qui sont peu douloureuses et espacées. L'utérus est mou.

Thérapeutique.

Les indications thérapeutiques sont donc tout à fait opposées. Mais si le diagnostic est déjà délicat, le choix de l'ocytocique l'est encore davantage, car leur mode d'action est incomplètement connu.

Dans un premier groupe, nous envisagerons les contracturants : ergot, hypophyse, adrénaline. On ne peut se rendre compte exactement de leur mode d'action que par hystérographie interne. Mais ce procédé étant peu pratique, les documents précis sont peu nombreux.

L'*ergot*, à petite dose, a été longtemps employé et a rendu des services dans les cas favorables. Mais à haute dose ou dans les dystocies, il a causé des désastres : tétanisation, rupture, mort fœtale, incarcération.

L'*adrénaline* a la même action tétanisante sur l'animal. Targhetta l'a employée en application locale sur un tampon dans un cas d'arrêt du travail et les contractions ont repris.

L'*hypophyse* qu'on voulait substituer à l'ergot, présente les mêmes inconvénients. Les tracés à l'hystérographe

© BIU Santé

interne de RUCKER et de Haskell montrent une élévation du tonus et un aspect dentelé de la contraction avec tendance à la tétanisation. Dans un cas de GARDLUNG, la première contraction a été une contracture durant 45 minutes. Récemment, MILOT rapportait, à Nancy, un cas de contraction tétanique persistant 1/2 heure jusqu'à la sortie de l'enfant. Je viens d'avoir un cas de contractions subintrantes durant 1/4 d'heure jusqu'à l'expulsion. Il s'agissait d'une multipare avec dilatation avancée et tissus souples, sinon les parties molles et le fœtus ne s'en seraient pas tirés indemnes.

Ces trois médicaments incontestablement actifs agissent donc en exagérant la contraction clonique mais aussi la contraction tonique. Si l'utérus était réellement atone, le résultat peut être bon, mais s'il s'agissait d'une pseudo-inertie avec tonus élevé, le risque est grand ; si la dilatation est bien amorcée, l'ovoïde fœtal régulier, s'il n'y a pas d'obstacle insurmontable, cette hyper-pression expulsera violemment l'enfant, sinon c'est la rétraction spasmodique avec ses conséquences maternelles et fœtales, sans compter l'inertie ultérieure et les hémorragies.

Il faut donc ne recourir aux contracturants que dans des cas déterminés avec possibilité d'extraire rapidement l'enfant en cas de souffrance.

A côté de ces contracturants nets, il faut placer la quinine et la morphine dont le mode d'action comme ocytocique est discuté.

La *quinine* agit directement sur la fibre musculaire (son action n'est pas modifiée après l'atropine qui sensibilise le sympathique). Les travaux expérimentaux sur l'utérus humain sont contradictoires. D'après VIGNES, il semble que les effets les plus heureux se produisent quand l'utérus était en hypertonie avec contractions de médiocre amplitude. Les intervalles deviennent plus calmes pendant que les douleurs sont plus franches.

Ce fait permettrait de rapprocher l'action utérine de la quinine de l'action cardiaque de la quinine et de la quinidine. On sait en effet que ces deux isomères, loin d'être des toni-cardiaques, agissent surtout sur la fibrillation des oreillettes qu'ils ramènent à un rythme normal. La quinine est un dépresseur et à forte dose un paralysant du cœur. L'analogie se poursuit pour l'utérus. Certains utérus à contractilité faible sont arrêtés par la quinine. Une observation de RIVIÈRE est caractéristique : à deux reprises, il a observé l'arrêt des contractions par la quinine et leur reprise momentanée par la pituitrine.

Ces deux agents agiraient donc de façon opposée. L'un ou l'autre est indiqué suivant qu'il s'agit de stimuler un utérus atone ou au contraire de régulariser des contractions subintrantes.

Il semble cependant que la quinine puisse déclancher des contractions puisqu'elle est utilisée comme abortif et elle donne quelquefois des résultats pour expulser des résidus post-abortum.

La *morphine* est considérée comme un dépresseur l'énergie utérine (Cl. BERNARD, PINARD), FABRE à l'hystéromètre externe trouve les contractions plus espacées et affaiblies. Mais MANQUAT, se basant sur le fait qu'elle diminue les facultés cérébrales, émet la supposition qu'elle augmente ainsi l'excitabilité réflexe. Gueissaz dans un travail récent de la clinique de Lausanne estime que les contractions sont régularisées et renforcées par la morphine à la fin de la dilatation.

Mais dans les pays où on emploie beaucoup le « sommeil crépusculaire » la durée moyenne de l'accouchement est augmentée. J'ai été appelée à faire un forceps à la fille d'un confrère chez laquelle le travail avait été presque complètement arrêté à deux reprises par des suppositoires d'Hémipnal (sel de morphine).

En réalité, il faut discerner les cas favorables. Nuisible au début du travail ou quand l'utérus est hypotonique, la morphine devient excellente quand il s'agit de relâcher un utérus contracté, de régulariser des contractions subintrantes, de donner du repos à une femme épuisée et énervée par une crampe persistante.

Conclusions.

En présence d'un cas traînant, il importe de faire un diagnostic pathogénique et de chercher l'hypertonie. On se basera sur l'agitation, les plaintes continuelles, les douleurs de reins ; la palpation est rendue difficile par la tension de l'utérus et sa sensibilité. Il est exceptionnel qu'on sente des anneaux de contracture. Le col est épais, tendu entre les contractions, douloureux au toucher.

En cas de doute sur l'état de la tonicité utérine, on emploie les moyens bénins comme les injections chaudes ; on évacue la vessie et le rectum ; on administre du sucre, la quinine.

Quand la contracture est évidente, la morphine est formellement indiquée.

Si les douleurs sont vives et la dilatation insuffisante pour qu'on puisse hâter l'expulsion, on recourt aux analgésiques (chloro, à la reine, protoxyde).

Quand la dilatation est presque complète, on peut activer l'expulsion par l'hypophyse ou le forceps. Bien que le forceps soit d'apparence plus brutal, il est plus maniable et son emploi reste moins aléatoire que celui de l'hypophyse dont on ne peut guère prévoir ou freiner les effets contracturants.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HOPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le Professeur NOBÉCOURT

Purpura primitif suraigu à pneumocoques Les purpuras infectieux primitifs de l'enfance [1]

Nous avons soigné, il y a une quinzaine de jours, une fillette de 3 ans et demi qui a présenté une affection particulièrement intéressante et par sa rareté relative et par les questions qu'elle soulève.

Née d'un père tuberculeux, le 21 septembre 1919, elle a toujours été délicate et maladive.

Le 21 *avril*, brusquement, elle se raidit, tombe et perd connaissance, sans avoir de convulsions. Cet état dure quelques minutes. Le lendemain crise semblable ; on appelle un médecin, qui porte le diagnostic de méningite.

Elle entre à l'hôpital, le 23 *avril*. Elle est dans le coma, couchée en chien de fusil sur le côté droit, la tête et les yeux tournés du même côté. Elle présente un léger trismus, de la raideur de la nuque, une ébauche de Kernig. Les réflexes rotuliens sont très exagérés. On note une légère trépidation épileptoïde et le signe de Babinski, à droite. Les pupilles réagissent à la lumière. La température est de 39°3, le pouls à 120.

Le crâne est volumineux, les fontanelles sont soudées. L'enfant paraît avoir maigri, car les plis cutanés sont très marqués. Mais, ce qui frappe, c'est, sur ses téguments l'existence de nombreuses *ecchymoses* bleuâtres et verdâtres, qui semblent dues à des coups, d'ecchymoses contusiformes. Elles siègent sur la face externe des jambes, des cuisses, des avant-bras, des bras, et sur les lombes. En outre, on voit de nombreuses petites plaies saignantes au niveau des narines, des lèvres, des oreilles. La fesse droite et la face postérieure de la cuisse gauche sont le siège d'un abcès volumineux.

Le foie est gros et déborde de deux travers de doigts les faus-

(1) Leçon du 12 mai 1923.

© BIU Santé

ses côtes. L'auscultation des poumons ne révèle que quelques râles sibilants en avant.

Les jours suivants, la température se maintient à 39° le matin, 39°9 le soir, le pouls à 130. Les phénomènes nerveux persistent sans grandes modifications ; cependant, le 26 *avril*, le coma semble un peu moins profond. Il ne se produit pas de nouvelles hémorragies cutanées ; mais un piqueté hémorragique apparaît à la face interne de la joue gauche.

Une première *ponction lombaire*, pratiquée immédiatement, retire un liquide céphalo-rachidien normal. Une seconde, pratiquée le 26 *avril*, donne un liquide clair, très albumineux (1 gr. 50), avec de nombreux lymphocytes, quelques polynucléaires, quelques hématies.

Une *hémoculture* sur bouillon ascite, pratiquée le 23 *avril* par M. Paraf, l'ensemencement d'une ecchymose donnent du pneumocoque III. L'ensemencement du *pus de l'abcès* ne donne que du staphylocoque.

L'examen du sang montre une faible diminution du nombre des globules rouges (3.820.000) une leucocytose modérée (28.700), une très forte proportion de polynucléaires (93 %), 2 grands monos, 2 moyens monos, 2 lymphos.

La coagulation se fait de façon normale en 6 minutes, la rétraction du caillot est normale ; le temps de saignement est, par contre, un peu prolongé (25 minutes).

Finalement à la visite du matin, le 27 *avril*, après une rémission passagère, la température est de 39°6, le pouls atteint 140 ; depuis 2 heures se produisent des convulsions généralisées avec contracture, respiration saccadée, cyanose. L'enfant meurt à 10 heures, après 6 jours de maladie, malgré des injections intramusculaires de sérum antipneumococcique polyvalent.

A l'autopsie, on trouve une rate légèrement congestionnée, de la congestion de la base du poumon gauche, sans hépatisation. Dans l'hémicrâne droit, il existe une hémorragie sous-dure-mérienne. Les méninges et l'encéphale sont intacts.

Cette enfant avait donc été prise brusquement d'un syndrome méningé caractérisé par le coma, causé comme l'a montré l'autopsie, par une hémorragie sous-dure-mérienne. D'autre part, on constatait des ecchymoses contusiformes, de multiples plaies saignantes, de la fièvre, un état général grave.

En présence de ce syndrome, le diagnostic de *purpura hémorragique* s'imposait. Il présentait les caractères d'un *purpura infectieux primitif suraigu*. L'hémoculture montrait qu'il s'agissait d'un *purpura à pneumocoques* III. L'autopsie a vérifié l'absence de pneumonie et de broncho-pneumonie.

Le *traitement* a consisté en des injections intra-musculaires de *sérum antipneumococcique polyvalent*, aux doses de 60 cmc. le 24 *avril*, 40 cmc. le 25, 40 cmc. le 26. Il a été bien supporté, mais n'a pas eu d'action appréciable. Il est vrai que l'hémorragie sous-dure-mérienne constituait un facteur particulier de gravité.

***

Le PURPURA, c'est, à proprement parler, l'hémorragie de la peau. Ce mot sert à désigner des taches rouges, pas ou peu saillantes, ne disparaissant pas sous la pression du doigt et se présentant sous des aspects variés. Tantôt ce sont des taches petites, punctiformes, des *pétéchies* ; tantôt des plaques plus étendues, prenant le caractère d'*ecchymoses*. Les modifications successives de l'hémoglobine extravasée amènent des changements dans leur coloration ; elles sont, suivant leur ancienneté, rougeâtres, violacées, bleuâtres, verdâtres ou jaunâtres. Quand l'hémorragie est limitée à la peau, on dit qu'il s'agit de *purpura simplex* ; quand elle se produit également au niveau des muqueuses ou dans l'intimité des organes, on parle de *purpura hémorragique*.

Tantôt le purpura apparaît au cours d'états pathologiques ou sous des influences bien connues : ce sont les *purpuras* qu'on appelle *secondaires*. Tantôt il apparaît sans cause bien nette : on parle alors de *purpuras idiopathiques* ou *primitifs*. Ceux-ci sont, d'après leur évolution, *aigus* ou *chroniques*. D'autre part, l'association de divers symptômes permet de leur décrire un certain nombre de *syndromes* ou de *formes cliniques*. Parmi ces syndromes, il en est un caractérisé sur l'importance des phénomènes infectieux. Je ne m'occuperai aujourd'hui que de ces *purpuras infectieux*.

Les PURPURAS INFECTIEUX ont été étudiés par Albert Mathieu, dès 1882, Du castel, Gomot, et surtout Martin de Gimard qui, dans sa thèse sur le *purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif*, soutenue en 1888, écrit : « Il s'agit d'une véritable entité morbide qui doit prendre rang à côté des maladies éruptives, de la rougeole, de la scarlatine, et qui diffère autant des autr s formes de purpura que la rougeole et la scarlatine sont différentes des autres érythèmes. »... Ce purpura « vraisemblablement est le résultat.., d'une infection de l'organisme par un agent microbien... Le micro-organisme qui nous semble causer la maladie est un microcoque. Nous avons pu le cultiver en prenant le sang pendant la vie. »

Telle est donc, vers 1888, la conception que l'on se faisait des purpuras infectieux. Depuis elle s'est grandement modifiée. Le professeur Hutinel, dans *Les Maladie des enfants*, en 1909, écrit avec Bigart : « Il est bien entendu qu'il n'y a pas de maladies qu'on puisse légitimement individualiser sous le nom de purpura infectieux et que c'est là un vocable, dont on se sert pour désigner une infection indéterminée quand elle s'accompagne de purpura ».

Toutefois il faut remarquer que le terme « infection indéterminée » n'est plus exact, car assez souvent on décèle des microbes connus.

En réalité, le *purpura infectieux primitif* est une infection réalisant un syndrome caractérisé, d'une part, par du purpura, élément précoce et important, d'autre part, par des phénomènes infectieux d'ordre septicémique. Nous éliminons ainsi beaucoup d'autres purpuras qui relèvent d'infections, mais qui sont secondaires à des maladies classées, telles que la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde ; nous éliminons également toute une série de pupuras qui relèvent peut-être d'une infection, mais dans lesquels les phénomènes infectieux n'ont pas la même intensité et ne paraissent pas sous la dépendance d'une septicémie.

On peut aux purpuras infectieux décrire trois grands TYPES CLINIQUES : une *forme aiguë* ou *typhoïde*, une *forme foudroyante* ou *suraiguë*, une *forme subaiguë*.

La FORME AIGUE OU TYPHOIDE a été individualisée en 1883, par Mathieu, et étudiée surtout par Gomot, qui l'appelait *typhus angéio-hématique*.

Le *début* est quelquefois rapide, plus souvent progressif. Le malade est pris de céphalée, de courbature, d'inappétence ; sa langue est saburrale ; il a de la constipation ou de la diarrhée, des épistaxis, La fièvre s'élève graduellement ou de façon irrégulière jusqu'à 40 %.

Au bout de quelques jours apparaît le *purpura*. Il se produit généralement par poussées successives et sans ordre. Les éléments purpuriques peuvent apparaître non seulement au niveau des membres, mais sur le tronc et la face. Ce sont des *pétéchies*, souvent groupées au nombre de 10 ou 12, du volume d'une tête d'épingle, parfois d'une lentille, et des *ecchymoses* plus ou moins étendues, qui peuvent se fusionner et couvrir un large espace de peau. En raison des poussées successives, qui se produisent sur les mêmes régions les éléments voisins présentent des aspects et des colorations différents ; on donne volontiers à cet aspect le nom de *peau de léopard*.

Les *hémorragies* des muqueuses et des viscères sont la règle ; épistaxis, gingivorragies, hématémèses, mélœna ; hémorragies dans les méninges, les articulations, la plèvre, le péricardie, le péritoine. Il en résulte des symptômes spéciaux, variables suivant chaque localisation.

La *fièvre* est élevée, irrégulière dans sa courbe ; elle présente des poussées, et coïncidant avec l'apparition de nouveaux éléments purpuriques.

Le malade offre les *symptômes d'une infection grave*. Il est prostré, en état de tuphos, avec des périodes d'excitation motrice et verbale, du délire. La langue est sèche, rôtie, les lèvres sont saignantes fuligineuses, la peau est brûlante. Les urines sont rares et souvent albumineuses. Il n'est pas

© BIU Santé

rare de constater une teinte subictérique des conjonctives et des téguments, qui se produit par le mécanisme bien connu de l'ictère hémolytique. La rate et le foie sont généralement augmentés de volume.

La *terminaison* ordinaire est la *mort*, du fait de l'adynamie progressive ou des complications. Toutefois la *guérison* peut se produire ; après 2 à 4 semaines, la fièvre diminue, les éléments purpuriques n'apparaissent plus. La convalescence est très longue.

Il existe du reste des *formes typhoïdes atténuées* qui guérissent en 10 ou 15 jours.

La FORME FOUDROYANTE OU SURAIGUE, est mentionné dans le traité de Rilliet et Barthez : « Dans d'autres cas, bien plus rares, écrivent-ils, le purpura est foudroyant ». Et ils rapportent une observation très typique de Lombard, de Genève.

Il s'agit d'un garçon de 16 mois, bien portant, ayant toutefois de l'eczéma de la face et du cuir chevelu. Dans la nuit, subitement il est pris de vomissements et de diarrhée. Le matin, quand Lombard le voit, l'enfant a le regard éteint, les yeux fixes, le faciès pâle ; sa respiration et son pouls sont accélérés ; il présente quelques mouvements convulsifs des extrémités inférieures. L'enfant meurt 7 ou 8 heures après le début de la maladie. A l'autopsie, on constate, outre les hémorragies sous-cutanées, des ecchymoses dans la substance blanche du cerveau, dans la muqueuse intestinale, dans la substance corticale des reins, un noyau apoplectique dans un poumon.

Des descriptions ultérieures ont été données par Guelliot, en 1884, Hénoch, en 1886, qui a appelé cette forme *purpura fulminans*.

En pareille circonstance, le début est brusque, s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux, avec ou sans douleurs gastriques, de convulsions avec perte de connaissance d'abattement. La température s'élève à 40° ; le pouls et la respiration sont accélérés. Puis le *purpura* apparaît sous forme de pétéchies, et surtout d'ecchymoses; ces dernières sont quelquefois énormes. Surviennent également des *hémorragies*. Certains auteurs ont écrit que, dans ce purpura suraigu, on ne voyait pas d'hémorragies des muqueuses et des viscères ; en réalité on les observe assez souvent, sinon pendant la vie, au moins à l'autopsie. La *température* est généralement élevée; cependant nous verrons que, chez les nourrissons en particulier, le purpura peut évoluer avec une température peu élevée et même sans fièvre. L'enfant est dans un état de très grande prostration ; il se produit une véritable sidération du système nerveux.

L'*évolution* est foudroyante, la mort survenant en 10 ou 15 heures, ou suraiguë, la mort survenant en 3 ou 4 jours. Il y a des cas où le malade meurt avant l'éruption purpurique on trouve alors des hémorragies cutanées.

Dans la FORME SUBAIGUE, la maladie se prolonge pendant des semaines ou des mois. On assiste à des poussées successives, avec fièvre, purpura et hémorragies, notamment hématuries, stomatorragies, épistaxis. La mort survient souvent, par cachexie, mais l'enfant peut guérir.

J'ai esquissé seulement les grands symptômes du purpura infectieux, mais des MANIFESTATIONS DIVERSES peuvent se produire au cours de l'affection. Elles relèvent de plusieurs facteurs: certaines localisations des hémorragies, évolution anormale des éléments purpuriques, enfin localisations microbiennes.

Il peut se produire des *hémorragies des organes profonds*, notamment des *hémorragies méningées* ou *encéphaliques*, d'où une série de symptômes particuliers dont notre malade fournit un exemple.

Il peut se produire des *gangrènes* de la peau et des muqueuses, notamment de la muqueuse buccale, qui réalisent des *purpuras nécrotiques*, des *purpuras gangréneux*.

Les *suppurations* sont assez communes ; au niveau des éléments purpuriques, elles réalisent le *purpura ecthymateux* ; ailleurs, elles déterminent des *abcès*, des *phlegmons diffus*, des *lymphangites*, des *adénites*, aussi des *arthrites*, des *péricardites*, des *pleurésies*, voire même des *péritonites* purulentes consécutives ou non à des hémorragies. L'importance de ces suppurations est parfois telle que certains auteurs décrivent une *forme pyohémique*.

Parmi les autres manifestations, je vous signalerai l'*en néphrites hématuriques* ou non, simples ou œdémateuses, les *docardite*.

L'endocardite n'est pas toujours reconnue pendant la vie Avec M. Tixier, nous avons eu l'occasion d'en observer 2 cas, que nous avons relatés dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux*, le 22 avril 1910. Je passe sur le premier de ces cas, car l'endocardite n'a été trouvée qu'à l'autopsie. Le deuxième est plus intéressant.

Il s'agit d'un garçon de 3 ans, généralement bien portant. Une nuit, il est agité. Le lendemain, il perd connaissance pendant quelques instants, sans présenter de convulsions. On l'amène à l'hôpital vingt-quatre heures après le début. Il est pâle, très dyspnéique, présente une température de 37°, un pouls à 140, un purpura caractérisé par des pétéchies et de petites ecchymoses disséminées, la rate est grosse. On entend quelques râles sous-crépitants fins aux bases ; enfin on perçoit un gros souffle systolique de la pointe du cœur. L'enfant meurt le troisième jour de la maladie, après avoir présenté des phénomènes de collapsus cardiaque et une dilatation aiguë du cœur. A l'autopsie, nous trouvons un cœur très dilaté ; sa surface est parsemée de nombreuses suffusions sanguines ; il existe en grand nombre des fines végétations sur la face auriculaire de la mitrale et de la tricuspide ; l'insuffisance mitrale paraissait due à la dilatation du cœur.

Quelquefois apparaissent des *accidents abdominaux*, qui ont été décrits sous le nom de *formes pseudo-péritonéales du purpura*, de *paroxysmes douloureux abdominaux*.

Ils peuvent simuler un étranglement interne, une occlusion intestinale, une péritonite, une appendicite. Mais on les observe plus particulièrement dans une autre forme de purpura, le purpura rhumatoïde.

Les MODALITÉS CLINIQUES des purpuras infectieux sont donc très variées. La gravité des phénomènes infectieux est elle-même très variable ; extrême dans les formes suraiguës et aiguës, elle est moindre dans les formes subaiguës. On peut voir des *types* ou des *formes dégradées*, qui servent de transition avec d'autres syndromes purpuriques, notamment avec celui qu'on décrit, depuis Albert Mathieu, sous le nom de *purpura rhumatoïde*. Celui-ci est caractérisé par sa triade symptomatique, son éruption consistant plutôt en pétéchies qu'en ecchymoses, localisées ou prédominant aux membres inférieurs, ses arthralgies, ses troubles gastro-intestinaux. Il s'accompagne de fièvre. Il est très vraisemblable qu'il relève souvent de processus infectieux ; mais, cliniquement, il convient de le différencier des purpuras à forme infectieuse, d'origine septicémique. Certes, ce ne sont pas des entités morbides différentes ; on peut voir un purpura rhumatoïde se transformer en purpura infectieux.

A ce propos, je peux vous rappeler l'observation d'une fille de 14 ans qui a fait l'objet d'une leçon sur *les accidents abdominaux au cours du purpura*, publiée dans le *Journal de médecine de Paris*, le 30 avril 1910. Cette fillette présente pendant un certain temps les symptômes d'un purpura rhumatoïde ; puis subitement le tableau clinique se transforme, la maladie prend l'allure infectieuse et apparaît un syndrome péritonéal grave. L'enfant meurt. On trouve une péritonite par perforation du duodénum et une endocardite mitrale récente.

Le purpura infectieux peut se voir à tous les *âges*, chez l'enfant, chez l'adulte et même chez le vieillard ; mais c'est surtout chez les jeunes sujets qu'on l'observe ordinairement; le purpura suraigu se rencontre généralement depuis 3 ou 4 mois jusqu'à 5 ou 6 ans.

Les CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES sont peu connues.

Depuis longemps on recherche les MICROBES dans le sang et les plaques purpuriques.

Dans une *première phase*, qui a débuté vers 1880, on trouvé dans le sang des *bacilles* et des *cocci indéterminés* ; on

© BIU Santé

espérait isoler un germe spécial ; rappelez-vous les travaux de Martin de Gimard.

Dans une *seconde phase*, à partir de 1890, on trouve des *microbes connus* : streptocoques, pneumocoques, staphylocoques, colibacilles, bacille pyocyanique, etc., etc.

J'ajoute qu'il y a de nombreux cas où les recherches bactériologiques demeurent négatives.

Divers microbes peuvent donc réaliser les purpuras infectieux.

Voici, entre autres, un fait de *septicémie streptococcique* publié par M. Mamerto Acuna dans la *Rivista de la Soc. argentina*, en 1909.

Une fillette de 7 ans présente pendant une semaine une fièvre légère. Puis apparaît du purpura, sous forme de grandes ecchymoses des extrémités. Il se produit une nécrose sèche des mains et des pieds. L'enfant meurt 3 jours après le début des accidents, d'un *purpura fulminans*.

Je ne veux pas passer en revue tous les germes qui peuvent déterminer des purpuras infectieux, mais il y en a deux qui doivent retenir particulièrement l'attention, le *méningocoque* et le *pneumocoque*.

Les PURPURAS A MÉNINGOCOQUES sont bien connus à l'heure actuelle ; les observations en sont nombreuses. Vous les trouverez décrits dans un travail de M. Sainton sur *Les méningococcémies* paru dans *Paris Médical*, le 3 août 1918, dans la thèse de Mlle Blanchier sur *Les formes purpuriques de la méningococcémie*, soutenue à Paris en 1918, dans le livre de M. Dopter sur *L'infection méningococcique*, édité en 1921.

La *méningococcémie* est chose fréquente, avec ou sans méningite cérébro-spinale.

Le purpura en est une manifestation assez commune : tantôt il réalise un épiphénomène plus ou moins tardif : tantôt il tient la première place et caractérise les *formes purpuriques*.

Bien avant qu'on connût le méningocoque, on connaissait les relations du purpura avec la méningite cérébro-spinale ; l'exemple le plus typique en est donné par l'épidémie d'Irlande, en 1866. On a observé, à cette époque, des méningites avec purpura et des purpuras foudroyants sans méningite. Les médecins anglais de cette époque, Stokes, Samuel Gordon, Kennedy, etc. leur donnèrent le nom de *malignant purpuric fever*, de *fièvre purpurique maligne*. Depuis, dans nombre d'épidémies, on a retrouvé des faits semblables ; en particulier, pendant la guerre, depuis 1915, le purpura a été observé, suivant les statistiques, dans 15 à 75 % des cas.

Les purpuras à méningocoques se voient à tous les âges, en particulier chez les enfants et les jeunes gens, notamment chez les nourrissons.

Ils revêtent des *modalités cliniques* diverses.

Un *premier type* réalise des *purpuras sans méningite* clinique et avec un *liquide céphalo-rachidien normal*. Tantôt, ils revêtent la *forme foudroyante* et *suraiguë* ; le malade est pris de frissons, de malaises, quelquefois de convulsions, d'une fièvre élevée ; l'éruption purpurique apparaît presque aussitôt ; le coma survient bientôt suivi de mort en quelques heures ; ou bien après un début semblable, se produisent des poussées successives, avec ou sans hémorragies viscérales et muqueuses, et la mort survient seulement en 5 ou 6 jours. Tantôt il s'agit de *purpuras subaigus* : MM. Netter et Salanier, en 1916, en ont publié un fait chez un garçon de 6 mois ; Mlle Blanchier, un autre chez une fille de 3 ans. Le début est brusque, plus rarement insidieux ; presqu'aussitôt apparaît un érythème polymorphe, puis le purpura ; il se produit des poussées successives à quelques jours d'intervalle ; la fièvre est irrégulière ; quelquefois même, ce sont de véritables accès intermittents à type paludéen ; souvent apparaissent des arthrites, des gangrènes, quelquefois des hémorragies viscérales. L'affection dure 3 ou 4 mois. L'enfant meurt par cachexie, ou guérit, surtout quand on fait le diagnostic et qu'on institue la sérothérapie. Un bel exemple de guérison est celui d'une fille de 15 ans, soignée par Bovaird, en 1909 : le quatrième jour l'hémoculture donne du méningocoque ; cinq ponctions lombaires retirent un liquide céphalo-rachidien stérile ; on institue la sérothérapie et la malade guérit.

Dans certains cas de purpura foudroyant ou suraigu sans symptômes méningés le liquide céphalo-rachidien, clair ou louche, contient des polynucléaires en plus ou moins grand nombre et des méningocoques.

Dans un *deuxième type*, le *purpura est associé à quelques signes cliniques de méningite*. Ce sont également des *formes suraiguës* et *foudroyantes*. Outre le purpura, on constate un peu de raideur de la nuque et des membres, un Kernig léger. La ponction lombaire retire un liquide clair ou louche, contenant des polynucléaires et des méningocoques, souvent très nombreux.

Chez l'enfant, les observations de purpura avec réaction méningée légère sont assez nombreuses. Une des premières est celle qu'ont publiée MM. Triboulet, Debré et Paraf, en 1912 ; je puis citer encore celles relatées par Morgan et par Valabrega.

L'observation de M. Morgan concerne une fille de 15 mois. La maladie débute brusquement par de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée verte, de l'agitation ; on note une hyperesthésie légère, de la raideur de la nuque, sans Kernig. En même temps apparaît du purpura sous forme de pétéchies et d'ecchymoses, d'hémorragies conjonctivales et rétiniennes. La ponction lombaire retire un liquide trouble contenant des méningocoques. L'hémoculture décèle également des méningocoques. On pratique la sérothérapie et l'enfant guérit.

L'observation de M. Valabrega concerne un enfant de 6 mois. Après 5 ou 6 jours de malaise, surviennent de l'agitation, des vomissements alimentaires, le coma, du purpura pétéchial et ecchymotique. Le liquide céphalo-rachidien est trouble et riche en méningocoques. L'enfant meurt malgré une injection de 15 cmc. de sérum antiméningococcique.

Dans un *troisième type*, l'affection débute par du *purpura infectieux*, puis, après quelques jours ou même quelques semaines, apparaissent des symptômes de méningite cérébro-spinale. Un malade observé par MM. Rist et Paris, en 1903, a pendant 2 mois du purpura fébrile à rechutes, accompagné de mélæna et d'hématémèses. Finalement se montrent de la céphalée, de la raideur de la nuque, le coma. Le malade meurt de méningite à méningocoques.

Dans une *dernière catégorie de faits*, l'enfant est d'abord pris de méningite cérébro-spinale, puis au cours de celle-ci apparaît du purpura ; celui-ci peut survenir aussi bien dans des formes foudroyantes et suraiguës que dans des formes aiguës et subaiguës.

Le *purpura à méningocoques* se caractérise généralement par la brusquerie du début et l'intensité des phénomènes généraux. Souvent il existe des érythèmes scarlatiniformes, mobilliformes polymorphes. On note assez souvent, au niveau des pétéchies, des éléments papuleux et vésiculeux, à contenu d'abord clair, puis purulent, quelque fois hémorragique, dans lequel on trouve du méningocoque. Enfin on voit assez souvent des hémorragies, surtout des épistaxis, des arthrites séreuses ou purulentes, des iridocyclites, etc. Le méningocoque se trouve dans le sang, dans le liquide rachidien et au niveau des éléments cutanés.

Le PURPURA A PNEUMOCOQUES est moins connu. Cependant des faits en ont été publiés depuis longtemps, par MM. Claisse, en 1891, Voituriez, la même année, Claude, en 1896, etc. Il a été surtout étudié chez les nourrissons, mais les observations recueillies chez ces derniers ne sont pas très communes, puisque, dans les *Archives de médecine des enfants* de décembre 1920, nous n'en avions, avec M. René Mathieu, relevé que 7 cas, dont 2 personnels, chez des enfants âgés de 5 jours à 15 mois.

Ce purpura peut être *secondaire* : c'est ainsi qu'on le voit le plus souvent dans le décours de pneumonies, de broncho-pneumonies ou d'autres infections à pneumocoques, d'otites, par exemple.

Parfois le *purpura est primitif* ; ils est la manifestation clinique d'une scepticémie pneumococcique primitive, tout au moins en apparence.

La réalité de ces *scepticémies pneumococciques primitives* sem-

© BIU Santé

ble bien établie, Ménétrier en a cité des cas ; M. Laforgue, dans un mémoire publié à la *Société médicale des hôpitaux*, le 25 février 1921, les a bien étudiées. Leur point de départ peut être le pharynx, car les infections pharyngées à pneumocoques ne sont pas rares, en particulier chez le nourrisson, comme je l'ai constaté avec MM. Paraf et Bonnet.

Voici quelques observations de ces purpuras infectieux primitifs à pneumocoques.

Dans une observation de M. Reh, publiée par les *Archives de médecine des enfants*, en 1920, il s'agit d'un nouveau-né de 5 jours, qui présente un ictère apyrétique. Au septième jour, la température s'élève subitement à 40° et il apparaît du purpura, surtout sur les mains et les pieds, puis une broncho-pneumonie. L'enfant meurt au bout de 4 jours. On trouve des pneumocoques dans le sang du cœur.

Dans une observation de John Lowett Morse, parue dans les *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, de Boston, en 1898, une fille de 12 mois qui depuis 3 mois avait de la diarrhée glaireuse et sanglante, présente un purpura généralisé et des hémorragies gingivales ; elle tombe dans l'hypothermie et meurt en 2 jours. On trouve du pneumocoque dans le sang et les urines,

Voici un fait que j'ai observé avec M. René Mathieu :

Un enfant de 7 mois a une rhino-pharyngite à pneumocoque II, puis, 5 jours après, une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, qui évolue rapidement et se termine le septième jour ; il guérit. Après 8 jours d'apyrexie la fièvre s'élève brusquement à 39°, puis 40° et un purpura généralisé apparaît ; au bout de 6 jours, il s'atténue, la fièvre diminue (38°). La température reste 4 jours à 38°, puis remonte à 40° et il apparaît de nouveau une broncho-pneumonie. L'enfant meurt 20 jours après le début du purpura. A l'autopsie, on trouve une broncho-pneumonie, une pleurésie et une péricardite séro-fibrineuses, et à leur niveau du pneumocoque II.

En réalité, ce purpura n'a pas été primitif, mais il a été la manifestation unique, à un moment donné, de l'infection pneumococcique.

Voici une autre observation recueillie avec M. René Mathieu :

Un enfant de 15 jours présente une éruption érythémateuse et purpurique étendue, sans fièvre (37°). L'état général reste satisfaisant et même le poids augmente. Le purpura s'atténue rapidement. Mais le septième jour, toujours sans fièvre, l'enfant est pris de convulsions ; il meurt quelques heures après. A l'autopsie, nous trouvons une méningite purulente à pneumocoque II, un abcès costal à pneumocoques, une endocardite végétante tricuspidienne.

Ici, l'éruption érythémato-purpurique avait marqué le début d'une septico-pyohémie à pneumocoques.

Enfin, un bel exemple de purpura pneumococcique est celui de la malade dont je viens de relater l'histoire, chez laquelle nous avons pu déceler, avec M. Paraf, du pneumocoque III dans le sang pendant la vie.

***

La clinique et la bactériologie nous montrent donc qu'il existe des *purpuras infectieux primitifs* ou plutôt des *septicémies avec purpura*. L'hématologie et l'anatomie pathologique permettent de préciser la PATHOGÉNIE de ces purpuras.

Que nous apprend l'*hématologie* ? D'après les recherches que j'ai poursuivies avec M. Tixier, en 1910, chez des enfants atteints de purpura infectieux, on trouve une légère diminution du nombre des globules rouges (3.500.000), une légère diminution de l'hémoglobine, une leucocytose variable (15.000 à 30.000 leucocytes), de la polynucléose neutrophile (65 à 85 %), 2 ou 3 % d'éosinophiles. Il n'y a pas de réaction myéloïde, sauf exception, et encore celle-ci est-elle faible : c'est ainsi que, chez l'enfant de 3 ans dont j'ai parlé tout à l'heure, mort rapidement avec des signes d'endocardite, nous avons trouvé 18.400 leucocytes, 71 % de polynucléaires neutrophiles, 1 myélocyte neutrophile et 2 hématies nucléées pour 100 leucocytes ; la coagulation du sang et la rétraction du caillot étaient normales.

Dans les *purpuras à méningocoques*, on note également de la leucocytose, et de la polynucléose ; divers auteurs constatent que les hématoblastes sont normaux, que la coagulation varie suivant les cas, que la rétraction du caillot est normale. Il n'y a pas de réaction myéloïde, ou elle est exceptionnelle ; tel un cas d'Andrews, qui, chez un homme de 45 ans, mort d'un purpura à forme foudroyanté, a trouvé quelques myélocytes et quelques hématies nucléées.

Chez l'enfant de 15 jours, atteint de *purpura à pneumocoques*, nous avons trouvé, avec René Mathieu, 7.200 leucocytes, 49 % de polynucléaires neutrophiles ; il n'y avait pas de réaction myéloïde ; le temps de coagulation, la rétraction du caillot, le temps de saignement étaient normaux.

Chez la malade atteinte de purpura pneumococcique qui fait l'objet de cette leçon, je vous rappelle qu'il n'y a pas de réaction myéloïde, que la coagulation et la rétraction du caillot sont normales, que le temps de saignement est un peu prolongé (25 minutes), qu'on note de la leucocytose (28.700 leucocytes), et de la polynucléose neutrophile (93 %).

En somme, le sang présente dans les purpuras infectieux les mêmes caractères que dans toutes les infections. S'il y a une légère réaction myéloïde, elle n'a aucune signification, car elle constitue un fait assez banal chez les petits enfants.

Nous pourrions dire, si nous adoptions la classification proposée, en 1902, par M. Lenoble, que ces purpuras rentreraient dans la classe des *exanthèmes purpuriques* ou des *faux purpuras hémorragiques*. D'après cet auteur, en effet, les *vrais purpuras hémorragiques* seraient caractérisés par une réaction myéloïde, le retard de la coagulation et l'irrétractilité du caillot. Il suffit d'examiner les faits dont je vous parle pour être convaincu que ce sont de *véritables purpuras*. Par conséquent, la distinction fondée sur la réaction myéloïde ne peut être conservée, ainsi que l'a montré M. Grenet et que nous l'avons soutenu avec M. Tixier.

Les *purpuras infectieux ne sont pas des maladies du sang*.

On trouve par contre des *lésions cutanées* importantes. Dans les purpuras à méningocoques, on a décrit, au niveau du derme, entre autres lésions, de la périartériolite et parfois des oblitérations vasculaires par des thrombus. On a parlé de thrombose primitive ; celle-ci est possible, au moins dans les purpuras à pneumocoques ; M. Ménétrier admet que dans les pneumococcies l'infection sanguine détermine d'abord la thrombose, que celle-ci peut être ultérieurement cause d'une réaction endartéritique ou endophlébitique. Se produit-il quelque chose de semblable dans le purpura ? C'est une hypothèse intéressante à signaler, mais à laquelle il est impossible de ne donner une solution à l'heure actuelle.

En tout cas, les lésions cutanées, portant sur les vaisseaux de la peau, des muqueuses et des organes profonds, peuvent expliquer, au moins en partie, la production du purpura et d'hémorragies multiples.

***

Les purpuras infectieux comportant un PRONOSTIC très grave. Pour les *purpuras du pneumocoques* dont j'ai recueilli les observations, la mort est la règle. Pour les *purpuras à méningocoques*, la mort est fréquente, mais non fatale.

Mlle Blanchier écrit que, pour les formes purpuriques de la méningococcémie qu'elle a observées, la mort est survenue dans 42, 85 % des cas, et pour les méningites sans purpura, dans le même temps, seulement dans 26, 66 %.

L'influence de l'âge est à noter. La mortalité des formes purpuriques de la méningococcémie est, avant 2 ans, de 60 %, entre 2 et 15 ans, de 33 %.

Le TRAITEMENT est décevant.

Il ne faut pas s'attendre à voir réussir les médications susceptibles d'agir sur le sang, puisque celui-ci n'est pas modifié d'une façon appréciable : aussi le *chlorure de calcium*, la *gélatine*, les *injections de sérum de cheval*, de *peptone de Witte*, sont peu efficaces ; ces dernières ne pourraient d'ailleurs intervenir qu'à titre de médication anti-infectieuse, par le mécanisme du choc.

© BIU Santé

Ce qu'il faut instituer, c'est en effet la thérapeutique anti infectieuse, la banélation, les stimulants, et, quand on peut isoler le microbe, la thérapeutique spécifique, si elle existe.

Quand il s'agit du *méningocoque*, il faut pratiquer les injections de *sérum anti-méningococcique* d'une façon précoce. Il faut injecter ce sérum non seulement dans le liquide céphalo-rachidien, mais dans les muscles, parce qu'il agit ainsi beaucoup plus vite sur la septicémie méningococcique. Ce traitement guérit un certain nombre de malades.

Quand il s'agit du *pneumocoque*, on peut avoir recours à la *sérothérapie antipneumococcique*, qui souvent a de bons effets dans les infections à pneumocoques. Chez notre malade, elle n'a pas eu d'action manifeste, et elle ne pouvait guère en avoir, puisqu'il existait une hémorragie sous-dure-mérienne

***

J'ai voulu surtout vous décrire aujourd'hui, les *purpuras infectieux primitifs*, qui constituent une individualité clinique et qu'il faut envisager comme des *septicémies avec purpura*. Ils se caractérisent par des phénomènes infectieux graves et des modalités diverses du purpura.

Mais ces purpuras à type infectieux ne réalisent pas toutes les variétés cliniques des purpuras attribuables à des infections ; il y a des formes atténuées et des types de transition avec d'autres formes, comme le purpura rhumatoïde, qui peuvent résulter également d'une infection.

Les purpuras infectieux réalisent des syndromes cliniques relevant de germes multiples, notamment du pneumocoque et du méningocoque. Il faut toujours chercher à porter un diagnostic bactériologique par les hémocultures et pratiquer la ponction lombaire, si on soupçonne l'intervention de ce dernier ; un traitement efficace peut en être la conséquence. Mais assez souvent les recherches baetériologiques restent négatives.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1923 (*Suite*).

Névralgie faciale et syphilis. — M. ***Marcel Pinard*** présente une malade atteinte de névralgie faciale dite essentielle existant depuis 7 ans, ayant subi tous les tests démontrant que la névralgie était bien essentielle et que la syphilis n'était pas en jeu. L'alcoolisation avait donné une amélioration de 7 mois, une seconde échoua. La radicotomie intracrânienne fut conseillée.

Myopie, taches blanches dentaires, vitiligo firent poser le diagnostic de névralgie syphilitique. En huit jours les douleurs disparurent complètement.

Les méthodes utilisées par les médecins pour la recherche de la syphilis leur font rejeter ce diagnostic trop souvent alors qu'il est exact ; elles doivent être améliorées.

Sur un cas de syphilis de la rate. — MM. ***H. Grenet*** et ***J. Peignaux***. — Cet homme a été atteint de syphilis à prédominance spléni que, avec anémie grave. La maladie a débuté au mois de février, et a évolué en deux temps : d'abord apparition brusque de symptômes de néphrite aiguë (frissons, œdèmes, albuminurie abondante et sang dans les urines), puis hypertrophie de la rate ; c'est alors que cet homme est entré à l'hôpital. Les symptômes rénaux étaient en décroissance ; mais on constatait une pâleur extrême de la peau et des muqueuses, et une énorme hypertrophie de la rate, qui remplissait tout le flanc gauche et donnait même, à la palpation bimanuelle, un contact lombaire net (nous nous sommes assurés par l'examen radiologique qu'il s'agissait bien d'une grosse rate et non d'une tumeur rénale) ; l'examen du sang a montré un abaissement considérable du nombre des globules rouges (1.500.000), avec une leucocytose normale, et une absence complète de déformations globulaires et de formes anormales. Le foie était légèrement augmenté de volume. En l'absence de tout paludisme et de toute infection connue, nous avons recherché la syphilis, niée de bonne foi par le malade, et dont on ne trouvait aucun stigmate. La réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée franchement positive dans le sang. Mis au traitement, arsenic et bismuth, le malade a rapidement retrouvé ses forces ; en 19 jours, le nombre des globules rouges est passé à 3.500.000, et atteignait au bout de 4 mois 4.970.000 ; toute trace d'albumine et de sang dans les urines a disparu ; la rate, tout en restant grosse, a considérablement diminué de volume ; la réaction de Bordet-Wassermann demeure positive.

L'importance des symptômes rénaux associés, souvent notés dans les observations, ne doit pas empêcher de porter le diagnostic de syphilis splénique, l'hypertrophie de la rate et l'anémie dominant tout le tableau clinique. L'importance de la déglobulisation a été très grande dans notre cas, et on ne la trouve pas souvent aussi accentuée. Nous n'avons pas noté ici de leucopénie, sauf dans un seul examen, fait alors que le malade était déjà en pleine amélioration, et cette leucopénie (?.000 leucocytes) a coïncidé avec l'apparition de myélocytes neutrophiles. Toutes les autres numérations ont donné une leucocytose sensiblement normale. Le résultat thérapeutique obtenu est remarquable non seulement par lui-même, mais encore par sa rapidité.

Ce fait montre une fois de plus l'intérêt qu'il y a à rechercher la syphilis dans les splénomégalies chroniques. La réaction de Bordet-Wassermann dont M. P.-E. Weil a montré la fréquence en pareil cas, mais sur l'interprétation de laquelle il a formulé certaines réserves, nous paraît garder sa valeur diagnostique générale.

M. ***P.-E. Weil*** considère qu'il y a des cas où malgré la réaction de B.-W. positive, le traitement reste sans action alors que la splénectomie guérit le malade.

M. ***Maurice Renaut*** rappelle qu'un de ses malades atteint de la même splénomégalie, dont son frère a été guéri par splénectomie, a été très rapidement et considérablement amélioré par une cure d'arséno-benzol alors que cependant l'affection dont il était atteint n'était manifestement pas syphilique.

Les crèches (chambres d'allaitement) pour le personnel dans les hôpitaux de Paris. Leurs résultats pour la protection des nourrissons et le rôle de la surveillance médicale. — M. ***P. Armand-Delille*** expose les résultats obtenus depuis 3 ans successivement dans la crèche de l'hospice d'Ivry, et dans la crèche de la Salpêtrière, récemment organisée, pour les nourrissons des infirmières en service dans ces hôpitaux. Les mères viennent toutes les trois heures allaiter leur enfant et les remmènent le soir. Le mode d'alimentation, les quantités et le nombre des repas sont réglés lors de la visite hebdomadaire qu'il fait et dans laquelle il examine chaque nourrisson et donne les conseils nécessaires à la mère.

A la Salpêtrière, il a obtenu de plus le boxage des trente lits de la crèche, ce qui a permis d'éviter une épidémie de coqueluche. Les nourrissons sont sortis chaque jour sur une galerie, sauf par mauvais temps, et prennent quotidiennement pendant la belle saison, des bains de soleil.

Grâce à cette surveillance et cette organisation tous les enfants ont des courbes normales de poids, et aucun n'a présenté de rachitisme. Il n'a eu à déplorer que deux décès : 1 survenu à Ivry, chez un enfant emmené par sa mère en vacances et mal soigné pendant cette période, et 1 survenu à la Salpêtrière, par mort subite chez un très bel enfant atteint d'eczéma.

Il insiste sur la nécessité de créer dans tous les hôpitaux de telles crèches, chambre d'allaitement, car on connaît la mortalité effrayante des enfants placés en garde à la campagne, et qui sévit encore beaucoup, même pour les nourrissons du personnel des hôpitaux ainsi éloignés de leur famille.

Grâce aux chambres d'allaitement, sous surveillance d'un médecin d'enfants, on peut la réduire au minimum, c'est-à-dire à environ 2 %. C'est non seulement la sauvegarde de nombreuses vies humaines en ce temps de faible natalité, mais c'est un devoir particulièrement sérieux pour l'Assistance publique

© BIU Santé

de Paris, qui jusqu'à présent, n'a pu créer ces organisations que dans quelques uns de ses hôpitaux.

Emploi de l'insuline chez les diabétiques tuberculeux. — MM. ***Marcel Labbé, Bith*** et ***Boudin*** ont traité quatre diabétiques graves tuberculeux par l'insuline avec résultats favorables.

Pas de modification des lésions pulmonaires, pas de poussées évolutives, pas d'élévation de température, pas d'aggravation des signes fonctionnels.

D'autre part, meilleur état général, augmentation du poids grâce à l'amélioration du métabolisme hydro-carboné, disparition de l'acidose et des menaces d'intoxication.

L'action de l'insuline sur le diabète est la même chez les diabétiques tuberculeux que chez les diabétiques ordinaires.

Pour ces auteurs, la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques n'est donc pas une contre-indication au traitement par l'insuline comme certains l'ont écrit. Au contraire, ayant une action favorable sur la nutrition générale son emploi est à conseiller.

C'est d'ailleurs aussi l'opinion des spécialistes américains du diabète.

La céphalée bismuthique. — ***MM. Bensaude, Cain et Oury*** individualisent un petit signe d'intoxication apparaissant au cours du traitement d'affections gastro-intestinales par le sous-nitrate de bismuth. Cette céphalée est un signe d'intoxication existant toujours à l'état isolé sur un très grand nombre de malades traités par le sous-nitrate de bismuth. Ces auteurs ont trouvé uniquement 10 cas de céphalée bismuthique. Tous ces malades sont essentiellement des constipés chroniques et chez eux la céphalée a fait son apparition à une période variable du traitement.

Tantôt la céphalée est précoce dès les premières injections de bismuth, parfois elle est demi-tardive, lorsque le traitement est déjà suivi depuis 4 ou 5 mois, le plus souvent elle est d'apparition tardive survenant au bout de 2 ou 3 ans de traitement bismuthé jusque-là parfaitement toléré Cette céphalée apparaît au moment même ou le sous-nitrate de bismuth régularise les fonctions intestinales et fait céder la constipation.

Elle disparaît dès la fin du traitement alors même que le malade est à nouveau constipé. La pathogénie est obscure ; deux acteurs semblent s'associer, ce déséquilibre nerveux que présente le plus souvent ces malades ; la transformation dans le milieu intestinal alcalin du sous-nitrate en albuminate de bismuth, sel soluble et qui diffuse dans tout l'organisme.

Sur les dangers de l'interruption du traitement chez les diabétiques graves soignés par l'insuline. — ***MM. Blum, Carlier et Schwab*** (de Strasbourg) relatent une série de faits qui montrent les dangers auquels sont exposés les diabétiques graves soignés à l'insuline, quand on supprime brusquement cette thérapeutique ou quand, par suite de complication, les doses employées deviennent insuffisantes.

Un malade atteint de diabète très sévère, grandement amélioré par l' insuline montra les premiers signes de l'intoxication acide 48 heures après l'arrêt des piqûres, et la mort survint 3 jours plus tard par coma. Chez un autre malade, la diminution de la dose pendant une complication fébrile déclancha un coma, qui put être maîtrisé par l'emploi de fortes doses (300 unités anglaises) d'insuline.

Chez les adultes âgés très atteints, la régénération de la fonction pancréatique semble être très réduite de sorte que l'on est obligé de continuer le traitement sans arrêt.

Chez les enfants, la restauration glandulaire semble se faire davantage.

Pour préserver les diabétiques de ces dangers il faut qu'ils disposent de réserves d'insuline. Si l'insuline fait défaut il faut considérer ces malades comme menacés de coma, les mettre au jeûne et leur faire prendre de l'alcali sous forme d'un mélange de bicarbonates de soude et de potasse et de carbonate de calcium, jusqu'à ce que les urines aient pris une réaction neutre ou alcaline.

Etudes sur l'hémophilie. — ***M. R. Feissly*** (de Lausanne) étudie : 1° la physio-pathologie de la coagulation, 2° la pathogénie de l'hémostase, 3° la thérapeutique des accidents aigus.

Il démontre qu'on ne peut mettre en évidence dans le plasma d'hémophile de l'antithrombine en excès par le procédé qu'on emploie pour rechercher cette substance dans le plasma de peptone.

Ainsi la thrombine qui se forme dans un plasma d'hémophile n'éprouve aucune résistance à coaguler le fibrinogène présent.

On observe d'autre part que le sérum d'hémophile recueilli après la rétraction du caillot est riche en thrombine car il coagule rapidement son propre plasma, ce qui permet de dire que l'incoagulabilité relative du sang hémophilique n'est pas due à une insuffisance de la thrombine, ni réelle, ni apparente, mais à la lenteur de sa formation.

La théorie classique admet que cette insuffisance est due à un déficit de la thrombokinase, les globulins hémophiliques ayant une puissance cytozymique inférieure à celle des globulins normaux.

L'auteur démontre que cette différence est due à la couche plasmatique absorbée à la surface de ces éléments. L'hémophilie est donc caractérisée par une anomalie plasmatique, qu'on peut définir d'après les expériences de l'auteur par un retard à l'établissement de la fonction sérozymique. Cette anomalie est probablement due à la présence de substances antagonistes qui s'opposent à la transformation du proserozyme.

On peut se demander si les hémorragies incoercibles des hémophiles sont en rapport avec l'anomalie de la coagulation, car l'hémostase physiologique dépend de plusieurs facteurs : Contraction vasculaire au niveau des vaisssaux lésés — formation du thrombus plaquettique — formation de substances à effet vaso-constricteur au cours de la coagulation, etc.

L'auteur démontre que ces deux derniers facteurs sont défaut chez l'hémophile, notamment la faculté d'agglutination des plaquettes, qui est considérablement diminuée.

Au point de vue thérapeutique les injections intra-veineuses d'extrait de plaquettes, d'hémoplastine, de citrate de soude à dose employée pour les transfusions habituelles ne modifient guère le temps de coagulation.

Seule la transfusion du sang normal, même à petite dose (20 cc) donne un résultat constant.

Le plasma normal, centrifugé à 5.000 tours pendant 30 minutes, donne des résultats analogues (malgré l'absence de plaquettes). A noter que les plaquettes hémophiliques prélevées après la transfusion s'agglutinent avec la plus grande facilité.

La transfusion d'un sang hémophilique à un sujet également, hémophile provoque une certaine correction du temps de coagulation. Elle n'est pas comparable à celle qu'on obtient par la transfusion de sang normal, mais ce résultat oblige à faire de nouvelles expériences pour déterminer le mode d'action de la transfusion (thérapeutique substitutive ? choc ? ou association de ces deux facteurs ?).

René GIROUX

Séance du 21 décembre 1923.

Rhumatisme articulaire aigu consécutif à des douleurs dentaires généralisées. — MM. ***J. Troisier, Raoul*** et ***Leboucher*** présentent deux malades chez lesquelles le rhumatisme articulaire aigu ne s'est déclaré qu'après une phase de douleurs dentaires très curieuses.

Chez l'un d'eux, une jeune fille de 17 ans, malade depuis l'âge de 12 ans, chaque crise articulaire est précédée pendant une semaine de douleurs dentaires généralisées. Chez l'autre, jeune homme de 18 ans, deux crises rhumatismales à 16 et 18 ans ont été précédées depuis l'âge de 7 ans jusqu'à 14 ans, de douleurs dentaires généralisées, donnant la sensation d'allongement et à ébranlement dentaire, chaque crise survenant régulièrement tous les ans et durant tout le mois de mai, sans arthropatie concomitante.

Les auteurs discutent l'interprétation de ces faits qui viennent à l'appui des travaux américains sur l'origine dentaire de nombreux rhumatismes, mais ils estiment pouvoir comparer l'atteinte des articulations alvéolo-dentaires à la fluxion des articulations des membres n'arrivant ni l'un ni l'autre à la suppuration. Cette alvéolo-arthrite rhumatismale, sans parler de la thérapeutique dentaire conservatrice, est justiciable de la même cure salicylée-antipyrinée que les autres localisations du rhumatisme.

M. *Léri* rappelle qu'il a déjà insisté sur le rôle des petites

© BIU Santé

infections génitales ou dentaires dans la pathogénie du rhumatisme chronique.

M. *Milian* considère que les pertes blanches ne peuvent être assimilées à des suppurations prolongées et traînantes comme l'indique M. Léri. Il s'agit plus d'une desquamation épithéliale avec présence dans le liquide sécrété de microbes indéterminés.

Le syndrome du trophœdème : trophœdème nerveux, trophœdème ganglionnaire. — MM. ***André Léri*** et ***Noël Péron*** ont observé un certain nombre de malades chez qui un trophœdème chronique coexistait avec un spina bifida sacré ; mais la relation de cause à effet entre l'œdème de l'inocclusion du rachis n'était pas établie. L'une de ces malades a été opérée par le professeur Delbet : on a constaté une *atrophie considérable des nerfs de la queue de cheval du côté malade*. Cette lésion était donc au-dessus des ressources de la chirurgie ; l'opération ne pouvait donner de résultats pratiques, comme ceux qui ont été obtenus dans d'autres cas de spina bifida par Pierre Delbet et André Léri à la suite d'une résection d'une bride fibreuse comprimant la queue de cheval (guérison d'incontinences d'urine dites « essentielles » notamment) ; mais elle a montré de façon manifeste que *l'œdème trophique était bien en rapport avec des lésions radiculo et peut-être médullo-rachidiennes*.

Il n'en est pas toujours ainsi. Les auteurs présentent une malade atteinte d'un trophœdème typique du membre inférieur gauche. Or les radiographies montrent qu'il existe une *calcification de la plupart des ganglions de l'économie*. Il s'agit très probablement d'une lésion d'origine tuberculeuse, d'une véritable lymphadénie tuberculeuse de l'enfance guérie par crétification. Dans ce cas il est de toute évidence que le *trophœdème est la conséquence de l'obstruction lymphatique au niveau des ganglions*.

Le trophœdème est donc un *syndrome* auquel on peut attribuer au moins deux origines ; une origine nerveuse et une origine ganglionnaire.

Forme méningée de l'endocardite infectieuse. — MM. ***de Massary*** et ***Rachet*** rapportent une observation d'endocardite maligne aiguë ayant évolué en 5 jours sous le masque d'une méningite aiguë, compliquée d'hémiplégie droite ; sans que jamais on ait pu déceler l'existence d'un souffle cardiaque. L'autopsie montra une grosse végétation mitrale et une plaque de méningite bien limitée, où fourmillait le streptocoque ; les ponctions lombaires répétées n'avaient décelé qu'une forte réaction polynucléaire aseptique. Les auteurs insistent à nouveau sur la difficulté du diagnostic de ces formes anormales sans aucun signe cardiaque, où l'endocardite maligne simule la méningite aiguë ou l'abcès du cerveau.

M. ***Laubry*** rappelle qu'il a publié un cas analogue, dans lequel il n'existait aucun signe de localisation. Le liquide céphalo-rachidien était purulent et aseptique. Cela s'observe, d'après M. Laubry, dans les endocardites suraiguës malignes sans souffles cardiaques. Il s'agit d'une septicémie à localisation cardiaque.

Un cas de méningite morbilleuse. — MM. ***Guy Laroche*** et ***Quioc*** communiquent l'observation d'un enfant de 11 ans atteint au cours de sa rougeole d'un syndrome méningé, aigu, intense, très fébrile, et dont la guérison fut rapide.

Le liquide céphalo-rachidien était trouble et aseptique, extrêmement riche en lymphocytes. La méningite morbilleuse est très rare mais existe bien. Elle doit se différencier des autres syndromes méningés (otitique, tuberculeux, pneumo ou streptoccique) que l'on peut observer au cours de la rougeole. Elle se rapproche des faits analogues observés dans la scarlatine et de ceux publiés récemment par M. Bénard chez des malades atteints de rubéole.

M. ***Debré*** considère qu'il y a lieu de faire des réserves sur l'existence de cette méningite morbilleuse. A propos d'un cas, il y avait des lésions auriculaires pouvant expliquer les signes observés.

M. ***Quinon*** insiste sur le fait que chez l'enfant l'otite peut exister sans que le spécialiste trouve des lésions à l'examen au spéculum.

Septicémie à paratyphique A avec ictère et purpura. — MM. ***Louis*** et ***Trabaud*** (de Beyrouth) relatent une observation d'ictère chronique pléiochronique particulièrement intense au cours duquel un paratyphique A a été isolé et identifié par hémoculture. Bien que la courbe ait été celle d'une dothiénentérie typique, l'ictère a réellement dominé l'évolution clinique, persistant longtemps après la guérison de la dothiénentérie. Les deux auteurs soulignent la rareté des ictères à paratyphique A, et montrent que leur cas évoluait en même temps que d'autres cas de dothiénentéries, ce qui met en relief l'origine épidémique des ictères d'origine typho-paratyphique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 décembre 1923.

M. ***Cathelin*** dépose sur le bureau de la Société la *cinquième série* des travaux annuels de l'hôpital d'Urologie.

A propos du procès-verbal, M. ***Cathelin*** insiste sur ce point que le diagnostic de tuberculose rénale doit être fait *cliniquement* et que la déficience uréique du côté malade, sur laquelle il a fait d'importants travaux, n'est qu'un corollaire qui n'est d'ailleurs nullement spécial à la tuberculose puisqu'on la rencontre aussi dans l'hydronéphrose, dans la calculose et même dans la ancérose.

M. ***Pasteau*** rappelle que son opinion est conforme et qu'un abaissement notable du taux de l'urée dans l'urine d'un rein ne peut faire admettre le diagnostic de tuberculose rénale. Il a soutenu le contraire et à la *Société d'Urologie* et à la *Société des Chirurgiens de Paris*, s'opposant ainsi à l'opinion défendue par MM. Legueu et Marion. Et si dans une dernière discussion sur cette question il s'est trouvé d'accord avec M. Legueu, c'est quand la conclusion définitive a été établie ainsi : *En cas d'abaissement notable de la concentration uréique d'un rein il faut penser à la tuberculose rénale, tout en admettant que ce diagnostic n'est pas le seul qui puisse être accepté*.

Le Dr ***Peugniez*** posant la question sur le terrain anatomo-pathologique indique les lésions de néphrite signalées par Lavenant comme venant compliquer souvent les troubles fonctionnels déterminés par la tuberculose et les agravant.

M. ***Barbarin*** apporte l'observation de deux cas de sarcome considérablement améliorés par la radiumthérapie.

Dans le premier (adéno-sarcome) où le malade était cachectique, l'état local et général s'améliora considérablement et la survie fut de deux ans.

Dans le second (ostéo-sarcome) la tumeur a complètement disparu après sphacèle étendu. L'état général est redevenu très bon mais la guérison apparente ne date que de quelques mois.

M. ***Bonamy*** présente une jeune fille atteinte de fracture de la rotule datant de six mois avec un écartement des fragments de six centimètres. Cette jeune fille marche normalement, étend sa jambe et ne semble nullement incommodée par son infirmité.

M. ***Paul Delbet*** présente les radiographies d'une luxation ancienne de la tête du troisième métatarsien droit en bas et en dedans ayant nécessité la résection de la tête et du tiers antérieur du corps de l'os.

M. ***Péraire*** présente un cas de perforation aiguë de l'estomac pour lequel il est intervenu sept heures après le début des accidents.

Il insiste sur la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible. La suture immédiate sans chercher à faire une gastrectomie ou une gastro-entérostomie complémentaire est l'opération qui donne les meilleurs résultats. Mais la simple suture est sans effet si l'on n'aveugle pas avec une double greffe épiploïque la perforation.

M. ***Rœderer***. — **Quelques cas probables de maladie de Kummel-Verneuil.**

M. Rœderer pense que la maladie de Kummel-Verneuil est plus fréquente qu'on ne le croit et il en connaît différents cas de guerre pensionnés sous l'étiquette de Maux de Pott.

En général, l'amélioration définitive est de règle. Il se demande si dans des conditions déterminées un traumatisme tangentiel ne peut aboutir à une dislocation trabéculaire latérale produisant non une cyphose, mais une scoliose. Il y aurait une nouvelle page à inscrire à l'étiologie de la scoliose grave. Deux de ses malades présentaient une scoliose accentuée.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1923.

Syncope cardiaque et injection intracardiaque d'adrénaline. — ***M. Lenormant*** communique au nom de M. Richard une observation. Il s'agissait d'un malade opéré pour un phlegmon carotidien et qui fut pris d'une syncope vers la fin de l'intervention. Après diverses tentatives, et seulement au bout de 12 à 15 minutes M. R. pratiqua une injection intracardiaque de 2 cmc. d'adrénaline au millième. Les battements cardiaques reparurent mais affaiblis et s'arrêtèrent à nouveau. Une nouvelle injection les ranima à nouveau mais cette fois plus réguliers et plus forts. Malheureusement la syncope respiratoire persista et le malade succomba. Il s'agit donc seulement d'un succès partiel mais qui met cependant en lumière l'action favorable de l'adrénaline.

Ostéosynthèse de l'omoplate. — ***M. Lenormant*** à l'occasion d'un blessé présenté par M. Dujarrier, apporte l'observation et les radios d'un blessé atteint de fracture oblique du tiers moyen de l'omoplate chez lequel, devant l'insuccès absolu des manœuvres de réduction, il a fait avec un résultat très satisfaisant une ostéosynthèse.

Sur le mode d'évacuation de l'œsophage normal. — ***M. Grégoire*** a étudié par la radiographie le mode d'évacuation de l'œsophage normal. Il a constaté qu'avec les liquides opaques, l'écoulement se fait régulièrement et rapidement par le cardia. Mais avec les bouillies opaques un peu épaisses on voit qu'il se produit un arrêt au niveau de l'orifice œsophagien du diaphragme et que ce n'est qu'après 10 minutes et plus que la bouillie arrive au cardia puis à l'estomac.

Blessure du sciatique par sympathicectomie. — ***M. de Martel*** rapporte en quelques mots une observation de M. Jean (Marius) ayant trait à un malade qui à la suite d'une blessure du sciatique présentait des troubles trophiques graves, et chez lequel ces troubles se sont nettement améliorés à la suite d'une dénudation soigneuse de la fémorale.

Perforation d'ulcères gastriques. — ***M. Basset*** fait un rapport sur les résultats de 5 opérations pour ulcères gastropyloriques perforés communiqués par M. Guillemain, résultats qui mettent une fois de plus en évidence l'importance d'une intervention précoce, et par conséquent d'un diagnostic rapide et précis. M. B. à ce point de vue insiste sur l'importance d'une contracture maxima dans la région de l'estomac.

Discussion sur la rachianesthésie (*suite*). — ***M. Mauclaire*** rapporte un travail de M. Leclère qui signale avoir observé 3 cas de réaction méningée plus ou moins graves, sur 300 cas de rachianesthésie, lesquels se sont d'ailleurs bien terminés. L'intensité de ces troubles de réaction méningée est sans relation avec la quantité de novocaïne injectée. Malgré ces accidents, l'auteur déclare rester partisan de la rachianesthésie, surtout chez les sujets âgés qui ont à subir une intervention importante.

M. Labbey déclare n'être devenu partisan de la rachianesthésie que depuis 2 ans. Il y a trouvé de grands avantages pour les interventions abdominales à cause du silence abdominal complet qu'elle permet d'obtenir et parce qu'elle n'a pas d'action sur le foie et le poumon. Mais il est évident que ce mode d'anesthésie n'est pas absolument inoffensif et a ses contre-indications comme toute autre anesthésie. Il emploie la novocaïne en solution à 5 pour 100 à la dose de 8 à 12 centigr. et recommande de mesurer auparavant la tension artérielle. Trois heures avant l'intervention il fait une injection de 25 centgr. de caféine et 1 heure avant, une injection de scopolamine-morphine. Puis une injection d'huile camphrée et de strychnine.

Sur 650 cas il a eu 25 anesthésies médiocres et 12 nulles, 3 cas de morts rapides, 6 cas de morts dans les jours suivants. Mais dans ces 9 cas il s'agissait d'affections graves et de sujets dont l'état était tel qu'ils auraient probablement succombé avec tout autre mode d'anesthésie, sauf pour 1 cas où il s'agissait d'hys-

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE
GASTRITES AIGUËS ET CHRONIQUES
ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Nouveau Pansement gastrique complet

SÉDATIF — DÉCONGESTIF — CICATRISANT

Echantillons : BERTHIOT & Cie, Pharmaciens de 1re classe
1, Boulevard HENRI IV, à PARIS (4e)

R. C. Seine 65.463

ANTISEPTIQUES GRANULÉS — E. FRAUDIN, PARIS-BOULOGNE

CHARBON FRAUDIN

GRANULÉ

NI CAUSTIQUE, NI TOXIQUE

GRANULÉ AU NAPHTOL

AFFECTIONS et INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

GRANULÉ SANS NAPHTOL

R. C. Seine 595.16

ASTHME, CŒUR, REINS

IODURE DE CAFÉINE
MARTIN-MAZADE

0 gr. 25 par cuillerée à café — 2 à 4 par jour.

Remède vraiment héroïque. Ni intolérance ni iodisme

Echantillon : Laboratoire MARTIN-MAZADE, St-Raphaël (Var)

R. C. Frejus 125

© BIU Santé

térectomie simple et dont la mort ne s'explique pas chirurgicalement. Comme autres accidents il n'a rien observé de sérieux ou de durable.

M. Sauvé déclare avoir été primitivement très séduit par ce mode d'anesthésie, mais en avoir été détourné par les incidents qu'il a observé. Il a eu ainsi 3 morts et 3 cas impressionnants par la gravité des incidents constatés. L'une de ces morts est survenue chez une malade opérée d'hystérectomie simple et qui a succombé 10 heures après la rachi. Elle n'avait pas d'azotémie avant l'intervention. Pour les autres cas il s'agissait évidemment de maladies graves. Mais à gravité égale il lui paraît que les autres modes d'anesthésie ne donnent pas une mortalité aussi grande.

Péritonite après radiumthérapie. — *M. Lecène* fait un rapport sur une observation de M. Mondor et concernant une femme qui, atteinte de métrorragies abondantes, se soumit sur les conseils de son médecin à un traitement par le radium. L'une des séances fut faite pendant les règles. Cette femme fut prise de douleurs abdominales très violentes et bientôt se montrent tous lessignes d'une péritonite aiguë diffuse et la malade est transportée à l'hôpital où M. M. l'opéra. Il trouva une grande quantité de pus libre dans le péritoine, un petit fibrome utérin et une salpingite double, perforée d'un côté. M. M. fit une hystérectomie. L'issue fut rapidement fatale. Ce cas dans lequel l'examen initial avait certainement été insuffisant met en lumière l'importance d'un diagnostic précis et la nécessité d'un examen gynécologique complet avant de commencer des cures par le radium.

Discussion sur le traitement du cancer du rectum. — *M. A. Schwartz* estime que lorsqu'on se décide à opérer un cancer du rectum il est préférable et en réalité plus simple de libérer le rectum par la voie abdominale. On peut ainsi faire une opération complète, contrôler l'état des ganglions et les enlever. Il a jamais eu de difficultés à faire une péritonisation complète et pour cela garde le plus possible de péritoine. Mais il ne faut pas faire de suture au-dessous de la péritonisation. Il laisse béante la vaste brèche périnéale et a, grâce à cette méthode, évité bien des incidents. Il n'en reste pas moins certain qu'il s'agit d'une opération grave. Sur 10 malades il en a perdu 3. Mais ces 3 morts sont survenues parce qu'en réalité le cancer était déjà trop étendu et il eût été préférable de ne pas tenter d'opération radicale.

Comme M. Cunéo, il estime que si on veut opérer par en bas il faut garder complètement la région sphinctérienne. Mais les indications en sont exceptionnelles. Quant à l'opération conseillée par M. Hartmann elle ne lui paraît indiquée et possible que dans les cancers recto-sigmoïdes et haut placés. Encore pourra-t-on voir parfois se produire du sphacèle du bout inférieur.

Au cours de la séance la Société a élu son bureau pour 1924 : Président : M. Souligoux. — Vice-président : M. J.-L. Faure. — Secrétaire général : M. Lenormant. — Secrétaires annuels : MM. Jacob et Robineau. — Archiviste : M. Cauchoix. — Trésorier : M. L. Bazy.

La prochaine séance aura lieu le 9 janvier.

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTEROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTERO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphterique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

COURS DE STOMATOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Par M. le Docteur **FREY,**
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté

Carie non pénétrante

CARIE DE L'ÉMAIL : Son intérêt pour le médecin hygiéniste.
Considérations étiologiques et pathogéniques.

Importance primordiale ici de la théorie chimico-parasitaire de la carie.
Les causes générales mal calcifiantes sont cependant à considérer (Retterer).
Milieu buccal et expérience de Black.
Analogies avec les attaques des minéraux et du bois.

Symptômes :

Importance de la « sensibilité d'alarme ».

Marche :

Sa rapidité dans les cas de mal calcification superficielle de l'ivoire (espaces de Czermak).

Diagnostic { Avec les taches (faciles à enlever).
Avec les fissures intercuspidiennes de Zsigmondy.

Anatomie pathologique { Selon Black.
Selon Retterer.

CARIE DE L'IVOIRE : ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Orifice.

Cavité Sa forme, carie écorçante de Duval (plaie de la dent). Carie serpigineuse de Delestre.

Parois { avant curetage,
après curetage.

Contenu : émail, lames d'ivoire, corps étrangers.

Coupe longitudinale de la dent, au niveau de la carie.

3 *zones* { ramollissement et destruction ; opaque ou invasion (Rédier, de Lille) ; transparente.

Description de la zone de ramollissement (odontoclastes de Coyne et Cavalié).

Description de la zone opaque :

1° D'après les classiques : agrandissement des canalicules et disparition des fibrilles.

2° D'après Retterer : c'est la substance intertubulaire qui est la plus altérée. Quant à la fibrille et à la trame réticulée elles se sont hypertrophiées.

Description de la zone transparente :

D'après Henle et Tomes, Magitot, Cavalié.
D'après Retterer.

Carie sèche. D'après les classiques : *réactions odontoblastique. Son exgération possible.*
D'après Retterer « la couche hyaline péripapillaire traversée par les fibrilles de Tomes fait défaut et la dentine prend d'emblée les caractères de la dentine calcifiée » (*Revue de stomatologie*, 1921 n° 1, page 7).

Conclusion. La diversité des descriptions et des interprétations anatomo-pathologiques dans la carie de l'ivoire semble indiquer que, selon la virulence microbienne et le terrain calcaire, fonction de l'odontoblaste, il y a au moins 2 modalités de caries de l'ivoire.

SYMPTOMES :

Début : lent par sensibilité d'alarme ;
brusque (espaces interglobulaires. Mais ici importance des *taches laiteuses*).
Traumatisme.

Etat : signes fonctionnels :
à peu près nuls, sauf dans certaines caries au collet.

signes physiques :
inspection de la dent,
de la gencive.

Exploration à la sonde ou à la rugine (*cri dentinaire*) variabilité de la sensibilité à l'instrument (selon la profondeur, selon la dent, selon l'individu).

Agents thermiques et chimiques.

Terminaison : carie sèche.

Importance de la progression des signes pulpaires (Bunon, 1746).

DIAGNOSTIC : Son importance, pour éviter des complications, avec la carie pénétrante, pulpe vivante ; avec la carie pénétrante pulpe mortifiée.

TRAITEMENT INTÉRESSANT LE MÉDECIN : *traitement prophylactique* de la carie de l'émail ;
traitement d'attente dans la carie de l'ivoire pour empêcher sa progression.
traitement général chez les enfants et les jeunes gens dans les cas de polycaries de l'ivoire.

© BIU Santé

Caries pénétrantes (pulpe vivante)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : I. *Forme générale* : Cavité adamanto-dentinaire. Pertuis de communication avec la chambre pulpaire.

II. *Pulpe* A) *pulpite subaiguë* : Hyperémie congestive. Désordres de voisinage nuls. Mortification possible.

B) *pulpite aiguë* : Compression nerveuse intra-pulpaire. Propagation inflammatoire. 1er stade : réaction générale de tous les éléments. 2e stade : la réaction fibro-plastique finit par manquer et la pulpite purulente, d'abord partielle, devient *totale*.

C) *pulpite chronique* :

a) Calcification : nodules pulpaires ; calcification totale.

b) Dégénérescence graisseuse.

c) Hypertrophie.

D) *Altérations accessoires* : polypes d'origine intra-alvéolaire.

E) *Bactériologiquement* : 3 segments pour l'infiltration microbienne, segment coronaire généralement très attaqué ; segment moyen beaucoup moins ; segment apexien très rarement infiltré. (Mendel Joseph).

La réaction inflammatoire de la pulpe est fonction non seulement du nombre des bactéries, mais aussi des toxines qui imprègnent l'ivoire.

La gangrène pulpaire est surtout provoquée par les anaérobies.

PATHOGÉNIE : La théorie de la *cavité close* explique l'exaltation de la virulence. (expériences de Klecki, Rouville, Hartmann et Mignot).

La théorie de l'*emboutteillage* explique l'arrêt de la circulation de retour et les phénomènes d'étranglement pulpaire analogues au processus de l'*étranglement herniaire*.

SYMPTÔMES : I. *Début* brusque : par accident, par pulpite aiguë.

lent : C'est la pulpite subaiguë ; ses manifestations spontanées ou provoquées peuvent devenir de plus en plus fréquentes.

II. *Etat*.

1° SYMPTÔME FONCT. : *Pulpite aiguë* : est-ce la rage de dents ?

Douleurs spontanées : localisées : avec exacerbations, avec battements, quelquefois sans localisation ; *irradiées* : avec : salivation, larmoiement, troubles vaso-moteurs, coryza réflexe, troubles de la vue, troubles de l'oule.

Douleurs accrues : par la moindre excitation, par la chaleur.

Douleurs diminuées : par le froid.

Phénomènes d'arthrite.

Pulpite chronique : Manifestations douloureuses aiguës ou subaiguës intermittentes, quelquefois elles *peuvent manquer complètement*.

2° SYMPTÔMES PHYSIQUES : utilité d'une recherche précise pour éviter des erreur de diagnostic.

I. Inspection *de la dent* : pulpite subaiguë, pulpite aiguë, pulpite chronique.

de la gencive

d'une fin de 3e.

II. Exploration avec sonde dite « exploratrice », avec excavateur.

III. Percussion et paipation.

IV. Radiographie.

III. *Terminaison*,

Dans pulpite subaiguë.

Dans pulpite aiguë.

Dans pulpite chronique.

COMPLICATIONS : Ulcérations, par la dent, de la langue, de la joue. Dépôts de tartre, de mucosités. Répercussions générales (palpitations, défaillances, syncopes par excitation du grand sympathique). Névralgisme facial de Sicard. Fièvre quelquefois.

DIAGNOSTIC *différentiel* : Carie non pénétrante avancée. Carie pénétrante, pulpe morte. Névralgie faciale essentielle. Sinusite aiguë.

positif : Quelle est la dent malade ? (Bourdet 1757). Diagnostic de la nature de la lésion pulpaire.

TRAITEMENT : *a*) Préventif ; *b*) De la crise subaiguë ; *c*) De la crise aiguë.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le lichen plan de la langue

Par MM.

JEANSELME et **BURNIER**

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques — Chef de clinique

C'est un fait d'observation courante que la plupart des médecins praticiens ignorent totalement le lichen plan lingual. Cette ignorance aurait en elle-même peu d'importance, car le lichen plan est une affection bénigne, ne se traduisant ordinairement sur les muqueuses par aucun symptôme subjectif. Mais quand, par hasard, un malade, s'apercevant de l'existence de taches blanches disséminées sur la langue et parfois sur les joues, vient consulter son médecin, celui-ci pense, dans la plupart des cas, à des lésions syphilitiques, soit à des plaques muqueuses, soit à une leucoplasie d'origine spécifique.

C'est sur cette erreur de diagnostic très fréquente (nous en voyons en moyenne un cas par mois à l'hôpital Saint-Louis), dont les conséquences familiales et sociales sont parfois regrettables, que nous voulons attirer, après Brocq et Fernet, l'attention des praticiens.

Voici tout d'abord deux observations prises au hasard :

Mme X... âgée de 25 ans, vient nous trouver à l'hôpital Saint-Louis le 30 janvier 1923 pour des lésions linguales que son médecin a étiquetées plaques muqueuses. Un Wassermann fait dans un laboratoire avait été déclaré positif. Comme la malade ne peut payer le prix des injections déclarées nécessaires par son médecin, elle vint demander à suivre le traitement à l'hôpital.

Elle raconte qu'en septembre 1922, apparut une petite tache blanche sur le bord gauche de la langue, puis une autre sur la face dorsale qui s'agrandit progressivement. Les taches étaient absolument indolores et c'est par hasard en se regardant dans la glace, que la malade les aperçut. En même temps, elle sentit à la face externe de la joue droite une petite grosseur qui s'insinuait entre les dents quand elle fermait la bouche. A l'examen, on note l'existence de 4 plaques blanchâtres dorsales et 2 latérales, en pains à cacheter, présentant par places un léger état d'atrophie des couches supérieures de la muqueuse et ayant les caractères indiscutables du lichen plan (fig. 1). Ce qui rendait encore le diagnostic évident, c'étaient les lésions de la face interne de la joue droite accusées par la malade : on voyait 3 petits renflements nodulaires d'un blanc bleuté, de la grosseur d'une tête d'épingle, bien connus des dermatologistes, et réunis par de fines arborisations blanchâtres, qui constituent le signe distinctif du lichen plan des muqueuses.

Le Wassermann de la malade fut refait, ainsi que celui de son mari. Tous deux furent trouvés complètement négatifs. Le premier Wassermann était un résultat de complaisance, comme en fournissent trop souvent certaines officines louches, qui répondent toujours dans le sens désiré par le médecin traitant.

Nous pûmes rassurer pleinement la malade et son mari qui se demandait avec anxiété comment sa femme avait pu contracter la syphilis.

Sous l'influence d'un traitement arsenical énergique (10 injections intraveineuses de novarsénobenzol, agissant ici comme arsenical et non pas comme antisyphilitique), la langue était complètement nettoyée en avril 1923.

Notre deuxième cas est plus complexe ; il concerne un homme de 29 ans qui vient consulter le 19 décembre 1922 pour des plaques blanchâtres de la langue et des lésions papuleuses d'une rouge brunâtre, pour lesquelles il avait été traité à Thionville par des injections de Quinby.

Le malade raconte qu'en mai 1923 il fut pris d'un violent mal de gorge ; sa voix s'est progressivement éteinte et des troubles paralytiques de la face apparurent ainsi qu'une céphalée violente. Un oculiste consulté constate du ptosis de la paupière supérieure gauche, de l'inégalité pupillaire (mydriase à droite) : réflexe à la lumière paresseux des deux yeux ; réflexe à la distance paresseux à gauche, aboli à droite.

Le malade est adressé à un laryngologiste, qui constate une paralysie du voile du palais. Les deux spécialistes sont d'accord pour attribuer ces troubles à la syphilis et conseillent des injections de bismuth.

Le médecin traitant constate à ce moment une abolition de réflexes patellaires et achilléens ; pas de Romberg ; un Wassermann est trouvé négatif. Un mois après le début des injections, les accidents ont disparu ; seule la céphalée persiste.

A la fin du traitement bismuthique, le malade note l'apparition de plaques blanchâtres sur la langue et de placards rougeâtres bien limités sur le prépuce et le gland. Le médecin traitant pense à des lésions syphilitiques, mais étonné de voir ces récidives apparaître après un traitement bismuthique, il adresse le malade à l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agissait, en réalité, de lésions absolument typiques de lichen plan. A la langue, sur la face dorsale, on trouva de larges plaques ovalaires, de coloration blanchâtre, plus accentuée à la périphérie qu'au centre (fig. 2) ; des lésions analogues existent à la face inférieure (fig. 3) : sur la face interne de la muqueuse jugale existent des petites papules blanches reliées par des arborisations en dentelle.

Sur la verge, on note, au niveau du gland et du prépuce, des papules d'un rouge violacé, brillantes à jour frisant, polygonales délimitant le bord sinueux d'un placard plus affaissé au centre et légèrement squameux. Sur le reste du corps, rien ou presque rien ; quelques éléments papuleux isolés au cou ou à la nuque. Pas de prurit. Etat général excellent.

Cette observation est intéressante, car on assiste à une véritable coalition de symptômes qui tendaient à orienter le diagnostic du côté de la syphilis : céphalée, troubles oculaires, troubles des réflexes, lésions buccales et péniennes.

Sans être très affirmatif en ce qui concerne le diagnostic rétrospectif du premier accident, il semble qu'on puisse le rapporter à une infection à point de départ pharyngé (bacille de Lœffler ou méningocoque). En tout cas, les lésions de la bouche et du gland n'avaient rien à voir avec la syphilis. Il s'agissait nettement de lichen plan.

Nous pourrions multiplier les exemples montrant comment ces erreurs de diagnostic peuvent jeter le trouble et la perturbation dans les familles.

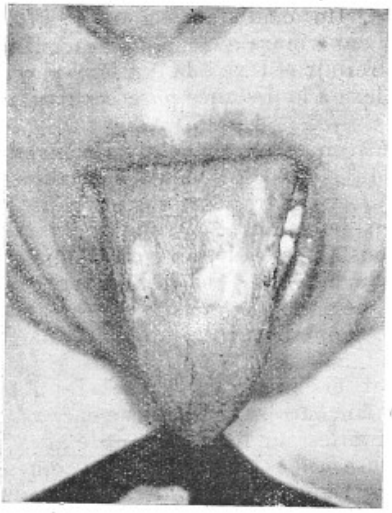
Comme M. Brocq, nous avons observé une jeune fille sur le point de se marier, qui constate par hasard, peu de jours avant la date fixée pour le mariage, l'existence de quelques taches blanchâtres sur la langue. Sa mère la conduisit chez un médecin, puis chez un deuxième, qui tous deux déclarèrent qu'il s'agissait d'une lésion de na-

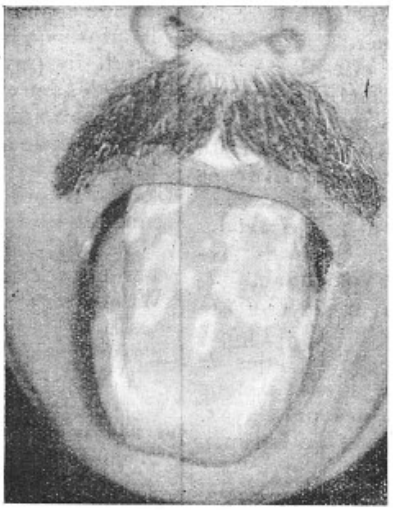
© BIU Santé

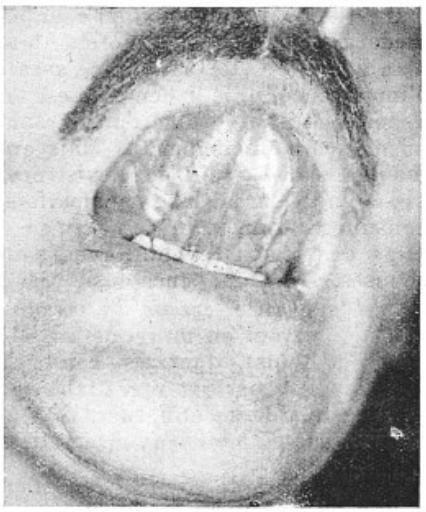
ure syphilitique, qu'un traitement prolongé était nécessaire et qu'avant tout il fallait rompre le mariage.

Or, il s'agissait de quelques plaques absolument typiques de lichen plan lingual et nous pûmes affirmer à la mère et à la fille éplorées que la syphilis n'était nullement en cause et que rien ne s'opposait à la célébration du mariage.

Dans un autre cas, un ménage d'une quarantaine d'années vint nous consulter, parce que la femme présentait sur la langue et la face interne des joues des lésions







qu'un médecin avait étiquetées : leucoplasie syphilitique. Le mari qui ne présentait aucune lésion, certifiait n'avoir jamais eu la syphilis. Si donc sa femme était syphilitique, c'est qu'elle avait contracté la maladie en dehors de lui, et il ne parlait rien moins que de réclamer le divorce. L'examen montra des lésions typiques de lichen plan lingual et buccal et nous pûmes rassurer le mari sur la fidélité de sa femme.

Nous en avons assez dit pour montrer combien il est important de savoir reconnaître un lichen plan lingual.

Cette localisation du lichen est beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement : elle peut coexister avec un lichen plan de la peau, apparaissant avant ou après lui ; mais parfois le siège du lichen plan demeure exclusivement buccal. A la langue, il occupe habituellement la face dorsale et les bords de la langue, plus rarement la face inférieure ; il se présente sous la forme de taches opalines, blanc bleuté, en pain à cacheter. L'aspect blanchâtre peut être uniforme ou plus marqué à la périphérie, alors qu'au centre les papilles sont moins développées et peuvent même subir un processus atrophique. Des lésions identiques peuvent s'observer aux lèvres, au voile du palais, à l'amygdale.

Très souvent ce lichen lingual s'accompagne de lichen de la face interne des joues. Au niveau de l'interligne dentaire, souvent à la hauteur des dernières grosses molaires, on note d'un côté ou des deux côtés quelques petites papules saillantes, d'un blanc mat, souvent réunies entre elles par de fines mailles d'un réseau en dentelle richement anastomosé. Ces lésions sont superficielles et ne s'ulcèrent jamais.

Quand ces lésions sont typiques, elles sont caractéristiques et il est impossible de les confondre avec :

1° Des plaques muqueuses opalines, humides, érosives ou fissurées parfois papuleuses, en pastille ;

2° Des plaques lisses ou fauchées, taches roses dépapillées, sèches, arrondies ou ovalaires, bien limitées ;

3° Avec la leucoplasie, plaque blanchâtre opaque, plus ou moins épaisse, dure, rugueuse, mamelonnée, gaufrée, quelquefois sillonnée de rides plus saillantes.

Mais il existe des cas où le diagnostic est plus difficile, reposant sur de simples nuances objectives, de signification souvent délicate, et seul un examen minutieux, l'absence d'autres lésions, de lichen plan sur le corps d'une part, l'existence d'autres manifestations syphilitiques d'autre part, permettront de différencier les deux affections. On a même observé des cas hybrides où le lichen plan buccal peut coexister avec la leucoplasie vraie.

Pour pouvoir analyser avec sûreté ces cas douteux, il est donc nécessaire, comme le dit Brocq, que le médecin et que l'étudiant apprennent, au cours d'un stage dermatologique bien fait, à reconnaître les lésions élémentaires de lichen plan typique. L'aspect, la forme, le degré d'infiltrat, la couleur, la configuration du lichen buccal seront ainsi devenus des notions familières à leur œil exercé. et des erreurs, préjudiciables à la fois au malade et au médecin, seront évitées.

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BEAUJON

Syringomyélie. Etude clinique

Par M. le Professeur Ch. ACHARD,
Secrétaire général de l'Académie de Médecine.

Je vous ai entretenus dans la précédente leçon de la maladie de Morvan, à propos des deux exemples que vous en avez eus récemment sous les yeux. Je vous ai dit que cette maladie, telle qu'elle avait été décrite par son auteur, relevait d'une lésion spinale qui n'est autre que la syringomyélie, et qu'en particulier nos deux malades, de par l'examen clinique, devaient être tenus pour des syringomyéliques. Il me faut maintenant vous exposer avec un peu plus de détails les symptômes de la syringomyélie et vous indiquer aussi les lésions et la pathogénie de cette maladie.

Son histoire est moderne (1). C'est en 1823 qu'Ollivier (d'Angers) (2) consacra son existence anatomique en lui donnant un nom qui marquait fort bien le caractère le plus frappant de la lésion, à savoir la présence dans la moelle d'une cavité allongée en forme de tuyau (de σῦριγξ, σύριγγος, roseau à tige creuse, συριγγώδης, creusé en forme de tuyau, et μυελος, moelle). Pour Ollivier, toute cavité médullaire était pathologique ; mais d'autres auteurs dès cette époque, admettaient l'existence normale d'un canal central de la moelle dont Stilling (3) devait, en 1859 seulement, donner la démonstration; ils fondèrent surtout leur opinion sur certains faits pathologiques de cavités tubulées, parfois multiples, tantôt limitées à la moelle, tantôt étendues jusqu'à l'encéphale, dont ils croyaient pouvoir attribuer le développement à la dilatation de canaux préformés. Mais on confondait ainsi des cas très disparates, des vices de conformation, des dilatations simples de l'épendyme, enfin des syringomyélies proprement dites. C'est le mérite de Simon (4) d'avoir distingué l'*hydromyélie*, constituée par la dilatation du canal épendymaire. Roger (5) a proposé le nom général de *cœlomyélie* pour désigner toutes les cavités anormales de la moelle (κοιλος, creux).

Après une période de tâtonnements où toutes ces lésions n'étaient décrites que comme des curiosités anatomiques, on s'efforça d'en interpréter la genèse et, grâce à l'usage du microscope, l'histoire de la syringomyélie entra dans une période anatomique et pathogénique.

Ollivier (d'Angers) avait pensé que la cavité résultait d'une rétraction exercée par le tissu voisin altéré. Calmeil (1828) (6) en avait fait une anomalie de développement. Virchow (7) et Leyden (8) l'attribuaient à la dilatation hydropique du canal épendymaire, c'est-à-dire à l'hydromyélie.

(1) Voir pour l'ensemble de la question les monographies : H. SCHLESINGER. Die Syringomyelie, Leipzig et Vienne, 1895 ; St. DMITROFF. *Arch. f. Psych.*, 1896, Bd 38 et 39.
(2) OLLIVIER (d'Angers). — *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*, Paris, 1823 ; 2e édit., 1827, t. I, p. 178.
(3) STILLING. — Neue Untersuchungen über den Bau des Rückenmarks, Kassel, 1859.
(4) SIMON. — Beiträge zur Pathol. u. pathol. Anat. des Centralnervensystems. *Arch. f. Psych.*, 1875, Bd 35.
(5) H. ROGER. — Contrib. à l'étude des cavités pathologiques de la moelle. *Rev. de méd.*, août 1892, p. 577.
(6) CALMEIL. — Art. *Moelle* du *Dict. de méd.* en 30 vol., 2e édit., Paris, 1839.
(7) VIRCHOW. — *Virchow's Archiv*, 1863, Bd 27, p. 573.
(8) LEYDEN. — Ueber Hydromyelie und Syringomyelie, *ibid.*, 1876, Bd 48.

Hallopeau (1), en 1869, invoquait un processus inflammatoire, une myélite chronique, une sclérose périépendymaire. Cette théorie fut reprise et modifiée par Joffroy et moi (2) en 1887 ; nous avons attribué la formation de la cavité à une inflammation médullaire accompagnée de thromboses vasculaires entrainant le ramollissement et la fonte des tissus, et nous avons cherché à expliquer la forme tubulée de la lésion cavitaire par la disposition longitudinale des artères altérées.

Mais une autre opinion avait été précédemment soutenue, qui rapportait la syringomyélie à une tumeur, à un gliome, c'est-à-dire à un néoplasme formé de tissu névroglique, et la cavité à une dégénérescence du tissu néoplasique. Cette théorie du gliome, proposée par Simon en 1869, avait été développée par Schultze, puis exposée avec détails dans la thèse importante d'une élève d'Eichhorst, Mlle Anna Bäumler, en 1887 (3). Elle fut généralement adoptée. Plus récemment toutefois, on l'a quelque peu modifiée ; la nature inflammatoire de certaines syringomyélies a été reconnue par divers auteurs et les rapports réciproques du néoplasme et de la myélite sont encore discutés, comme j'aurai à vous le dire plus loin.

Tandis qu'on cherchait une interprétation pathogénique de la lésion, un progrès considérable avait été fait dans la connaissance de la maladie quand Schultze (de Dorpat) et Kahler (de Prague) en 1882 (4) eurent indiqué les symptômes de la syringomyélie et dégagé le caractère essentiel de ces symptômes, à savoir l'anesthésie dissociée, qui permettait d'en faire le diagnostic. Dès lors, l'histoire de la maladie était entrée dans une phase clinique. On s'aperçut alors que son domaine était beaucoup plus vaste qu'on ne l'avait imaginé ; on reconnut que l'atrophie musculaire progressive de Duchenne (de Boulogne), attribuée à la dégénérescence systématique des cellules des cornes antérieures de la moelle, relevait le plus souvent de la syringomyélie. D'ailleurs l'analgésie n'avait pas échappé à l'observateur sagace qu'était Duchenne (5) : il parle en effet de malades atteints de cette amyotrophie progressive qui ne percevaient pas les excitations faradiques et « qui s'étaient laissé brûler profondément les parties anesthésiées parce qu'ils n'avaient pas perçu l'action des corps incandescents et qu'ils n'avaient pas été prévenus par la vue que ces parties se trouvaient en contact avec eux ». Il évaluait même à un bon tiers des cas ceux où la sensibilité était affaiblie. On peut ajouter encore qu'il avait vu la lésion cavitaire de la moelle, car la planche 1 de son ouvrage représente (figure 117) la coupe transversale d'une moelle dont la corne postérieure gauche est creusée d'une cavité, et qui se rapportait à un cas publié par Charcot et Joffroy sous le nom d'atrophie musculaire progressive, mais ensuite attribué à la pachyméningite cervicale hypertrophique.

Avec l'anesthésie dissociée, l'atrophie musculaire est le symptôme le plus habituel de la syringomyélie ; mais comme l'anesthésie dissociée est un signe qu'il faut rechercher de parti pris et pour lequel les malades ne consultent le médecin qu'à l'occasion d'un accident fortuit, tel qu'une

(1) HALLOPEAU. — *Mém. de la Soc. de biol.*, 1869, p. 199 ; — Contrib. à l'étude de la sclérose diffuse périépendymaire, *Gaz. méd. de Paris*, 1870.
(2) A. JOFFROY et Ch. ACHARD. — De la myélite cavitaire. *Arch. de physiol.*, oct. 1887, p. 435.
(3) Fr. SCHULTZE. — Beitrag. zur Pathol. u. Pathologischen Anat. des centralen Nervensystems. *Virchow's Archiv*, 1882, Bd 87, p. 510 ; — Weiterer Beitrag zur Lehre von der centralen Gliose des Rückenmarkes mit Syringomyelie. *Ibid.*, 1885, Bd 102, p. 435 ; — Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie. *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1888, Bd 12, p. 523. — Anna BAUMLER. Ueber Höhlenbildungen im Rückenmark. Inaug. Dissert., Zurich, 1887.
(4) O. KAHLER. — *Prager med. Wochenschr.*, 1882, nos 42. 44, 45.
(5) DUCHENNE (de Boulogne). — *De l'électrisation localisée*, 3e édit., Paris, 1872, p., 493.

© BIU Santé

brûlure ou un panaris, c'est l'atrophie musculaire qui est la plus apparente et qui paraît souvent la première en date.

Cette *atrophie musculaire* débute généralement par les petits muscles de la main, le premier interosseux, les éminences thénar et hypothénar, les interosseux et lombricaux ; puis elle s'étend aux muscles du groupe cubital de l'avant-bras, affectant dans sa topographie la distribution radiculaire de C VIII et D I et produisant la déformation du *type Aran-Duchenne*. Quelquefois cependant, on observe une distribution de l'atrophie paralytique en rapport avec une topographie névritique : la *griffe cubitale* dans des cas de Nonne et de Schlesinger, la *griffe médiane* très rare, la paralysie radiale tout à fait exceptionnelle. Dans un type particulier, c'est la *main de prédicateur*, décrite d'abord par Charcot et Joffroy comme un signe de la pachyméningite cervicale hypertrophique, et due à la prédominance d'action des muscles innervés par le radial, avec extension du poignet et des premières phalanges. On a décrit aussi la main en *pince de homard*, dans laquelle les muscles du pouce et de l'index sont seuls restés actifs.

L'amyotrophie débute ordinairement par l'un des membres supérieurs, puis atteint l'autre, mais n'est pas toujours symétrique. Elle est progressive et plus ou moins régulièrement ascendante, atteignant l'avant-bras, le bras, l'épaule, puis gagnant les muscles du dos, les intercostaux, les muscles de l'abdomen, enfin ceux des membres inférieurs. Les pieds se déforment alors en varus équin, en talus, en griffe. Il arrive quelquefois que les membres inférieurs soient pris sans que le tronc ait été atteint, et que les muscles du cou soient aussi frappés. Dans des cas rares, on a vu l'amyotrophie débuter par la ceinture scapulaire et prendre le *type scapulo-huméral* : c'est ce qui avait lieu dans des cas de Schlesinger, de Déjerine et A. Thomas, de Calligaris. Il s'agit alors de lésions correspondant à C V et C VI.

La topographie de l'amyotrophie est presque toujours radiculaire, quelquefois l'atrophie est seulement fasciculaire, notamment au deltoïde. Les secousses fibrillaires sont fréquentes dans les muscles en voie d'atrophie.

La paralysie accompagne l'atrophie et même elle est parfois plus accusée que ne le ferait penser le degré de l'atrophie.

Un certain degré de contracture peut coexister avec la paralysie et, aux membres inférieurs, il est assez fréquent d'observer la paralysie spasmodique. Aussi la démarche des malades est-elle souvent spasmodique ; rarement elle a le type ataxique ou cérébelleux.

Une curieuse observation de Benenati mentionne le début clinique par une crampe des violonistes (1)

Le trouble fondamental de la sensibilité, l'*anesthésie dissociée*, débute généralement comme les autres troubles par les membres supérieurs ou y prédomine.

La thermoanesthésie en est ordinairement la première manifestation. Roth a vu la thermoanesthésie sans analgésie. Les malades éprouvent souvent des paresthésies thermiques, sous forme de sensations subjectives de froid ou de chaud, puis apparaît l'anesthésie qui n'est pas toujours identique dans sa distribution pour le froid et pour le chaud. Déjerine (2) a même vu la sensibilité perdue à la chaleur mais conservée au froid.

L'analgésie, souvent précédée au début par des douleurs subjectives, lancinantes ou fulgurantes, est à la fois superficielle et profonde. Les malades ne sentent ni les brûlures superficielles ni les incisions profondes. La perte de la sensibilité ne paraît s'accompagner que par exception d'un retard de la transmission ; mais d'après Egger, ce retard n'est peut être que méconnu. L'extension de l'analgésie est progressive et lente ; cependant il peut arriver que le cas s'aggrave brusquement, ce qu'on attribue à une hémorragie médullaire.

Le tact, dans le cas de dissociation pure de l'anesthésie, est conservé. Mais en réalité, il est assez fréquemment troublé, comme nous l'avons vu, avec Joffroy, dans nos cas de maladies de Morvan, comme l'ont aussi noté Häckel, Stern, Oppenheim, Bernhardt, Déjerine, Roth, Raymond, Harris (1).

On a constaté différentes variétés de troubles de la sensibilité tactile : la diminution de la sensibilité électrique dans les cas de Müller et de Häckel, la fusion des sensations et l'agrandissement des cercles de Weber, l'inaptitude à distinguer des densités très différentes de liquides (Critzman), la diminution de la sensibilité cutanée à la pression malgré la conservation de la sensibilité profonde (Schlesinger), des troubles de la sensibilité osseuse (Egger).

Les premiers observateurs pensaient que l'anesthésie syringomyélique était distribuée « en tranches », en régions diverses, en pièces de vêtements, par segments à limites transversales sur les membres comme sur le tronc. Brissaud admettait cette distribution segmentaire qu'il rapportait aux territoires métamériques. Mais les recherches de Max Lähr (1896) et de Hahn (1897) (2) ont établi que, de même que l'anesthésie tabétique, l'anesthésie syringomyélique, malgré le type spécial qu'elle tient de sa dissociation, est radiculaire dans sa topographie. Aux membres, elle se distribue en bandes longitudinales, qui correspondent en général à quelques racines. Parfois elle occupe tout le membre, mais alors on peut s'assurer qu'elle présente des différences d'intensité suivant des bandes radiculaires, de sorte qu'elle n'est segmentaire qu'en apparence. Et quand l'anesthésie, au lieu d'être dissociée, est totale, on peut aussi reconnaître aux limites de son territoire une distribution radiculaire.

Les muqueuses participent à l'anesthésie et à sa dissociation, que l'on constate dans la bouche, le nez, le rectum, la vessie, l'urèthre. La sensibilité testiculaire peut être aussi diminuée.

Il convient de remarquer que, pour grande que soit la valeur de l'anesthésie dissociée dans la sémiologie de la syringomyélie, on peut la rencontrer aussi en d'autres maladies et qu'on l'a constatée quelquefois dans le tabès (Parmentier, Kornfeld), la myélite transverse, la compression de la moelle, l'hématomyélie traumatique (Minor), la névrite traumatique (J. Charcot), les névrites de l'alcoolisme (Lancereaux), du diabète (Vergely) et celles de la lèpre, dans l'hystérie (Charcot), dans l'intoxication expérimentale par le chloralose (Ch. Richet et Hanriot).

Comme tous les troubles dus aux lésions du système nerveux, c'est le siège de la lésion et non sa nature, qui en rend compte, et des processus variés peuvent produire des lésions de ce même siège, que nous aurons à étudier par la suite.

De plus, il faut savoir que les troubles de la sensibilité peuvent faire défaut dans la syringomyélie, ou n'apparaître que très tardivement. L'absence de troubles sensitifs est déjà signalée dans la thèse de Mlle A. Bäumler qui en

(1) U. Benenati. — Un caso di syringomyelia iniziatosi col crampo dei violonisti. *Rif. med.*, 15 et 16 sept. 1898, p. 735 et 747.
(2) Déjerine. — *Soc. de biol.*, 31 janv. 1891.

(1) F. Raymond. — Syringomyélie avec anesthésie totale. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1896, n° 1. — W. Harris. *Proc. of the Roy Soc. of méd. of London*, 28 avril 1910, p. 102.
(2) Max Laehr. — *Arch. f. Psych.*, 1896, Bd,28. — F. Hahn. Form und Ausbreitung der Sensibilitätsstörungen bei Syringomyelie. *Jahrb. f. Psych.*, 1898, Bd.17, p. 54. — F. von Sölder. Der segmentale Begrenzungstypus bei Hautanesthäsien am Kopfe insbesondere in Fallen von Syringomyelie. *Ibid.*, 1899, Bd 18, p. 458.

© BIU Santé

cite deux cas ; elle a été notée par Grasset et Carrieu, Dejerine et Thomas, Alquier et Lhermitte, Chatelin. Nous avons publié, avec A. Joffroy, un cas de goitre exophtalmique sans troubles sensitifs et avec une syringomyélie qui fut une trouvaille d'autopsie. J'ai rapporté un cas de syringomyélie où il n'y avait, en fait de troubles sensitifs, malgré une amyotrophie prononcée des deux mains, qu'une bande transversale d'anesthésie dissociée en demi-ceinture sur le tronc, sur une hauteur de 10 centimètres, à la manière d'un zona d'anesthésie (1).

Les troubles sensitifs peuvent aussi être tardifs : Campana cite un cas où ils avaient été précédés de 13 ans par les troubles trophiques (2).

Les *réflexes* cutanés, exagérés au début, disparaissent quand la sensibilité tactile s'émousse. Les réflexes tendineux et périostés, aux membres supérieurs, sont quelquefois exagérés quand les lésions sont peu avancées, puis sont abolis quand les muscles s'atrophient ; aux membres inférieurs, ils sont en général exagérés, puis disparaissent si la cavité médullaire s'étend inférieurement ; souvent on observe le clonus du pied et le réflexe de Babinski en extension.

Les *troubles sphinctériens* n'apparaissent ordinairement qu'à une période avancée : ce sont les parésies de la vessie et du sphincter vésical, favorisant la cystite, et la parésie du sphincter anal.

Des troubles génitaux ont été signalés : l'impuissance (Simon), le priapisme, la suppression des règles.

Les *troubles vaso-moteurs* s'observent fréquemment. L'hyperémie passive n'est pas rare, sous forme de placards rouge violacé, avec refroidissement, au sacrum, aux trochanters, aux épaules, surtout à une période avancée de la maladie. Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une hyperémie active avec rougeur et chaleur. La température locale peut être modifiée : dans un cas où les symptômes étaient unilatéraux et du côté droit, Sano (3) signale que « l'homme droit est de près de 1 degré moins chaud que l'homme gauche ».

Klippel et Monier-Vinard (4) ont noté une télangiectasie cutanée sur un côté du front.

On peut voir l'urticaire et le dermographisme (Schultze, Roth, Furstner et Zacher, Rummo, Kheissine) (5).

Des *troubles sécrétoires* ont été rencontrés, surtout sous forme d'hyperidrose (6) ou d'anhidrose. On les a révélés par l'épreuve de la pilocarpine. Ils ne sont pas toujours superposables à ceux de la sensibilité : Dejerine à constaté un retard de la sécrétion sudorale, et Grasset, au contraire une sudation plus précoce sur le territoire de l'anesthésie.

La sécrétion sébacée peut être diminuée, ce qui explique que la peau soit sèche et fendillée.

André Thomas (7) a observé un cas de galactorrhée qui persistait chez une femme accouchée depuis près d'un an de deux jumeaux, morts prématurément.

Chez un malade de Lépine (1), le lobe droit du corps thyroïde augmentait à l'occasion d'une sudation naturelle ou provoquée par la pilocarpine.

Les *troubles trophiques* sont à la fois très communs et très variés.

La peau peut être le siège d'éruptions vésiculeuses, provoquées par des irritations légères. On a quelquefois signalé l'herpès à topographie radiculaire, c'est-à-dire le zona.

La main peut être calleuse ; des durillons (2) s'y développent facilement. Le mal perforant, la sclérodermie (3), des chéloïdes (4), des ecchymoses spontanées, du vitiligo, du pemphigus foliacé (Schlesinger) peuvent se rencontrer. Les ongles sont souvent épaissis, crevassés, déformés en corne, en virgule.

Ces troubles peuvent se développer aussi, mais avec moins de fréquence, au pied.

Boveri a décrit un aspect écailleux du tégument, qu'il compare à la peau de lézard, aux plaques écailleuses du ventre de crocodile (5).

Le syndrome de Raynaud peut se voir dans la syringomyélie (6).

Des escharres de décubitus peuvent se développer, ordinairement à une phase avancée.

Les déformations des doigts en massue, en baguette de tambour ont été décrites par Rosenthal et par Déjerine.

Les panaris de Morvan, que je vous rappelle pour mémoire, figurent parmi ces troubles trophiques, pour une part importante.

L'œdème dur, sorte de trophœdème, qui ne garde pas l'empreinte de doigt, se voit souvent à la main ou à tout le membre supérieur (7). La peau est épaissie, lisse, cyanosée ; la main est bouffie, surtout à la face dorsale, et semble gonflée de sucs : c'est ce que Pierre Marie et Marinesco ont appelé la « *main succulente* ». Pareil aspect peut se voir au pied, et Crocq a décrit un « pied succulent » (8). Cet état pathologique n'est d'ailleurs pas spécial à la syringomyélie ; on l'a trouvé dans la poliomyélie chronique (Dejerine), l'hémiplégie (Gilbert et Garnier), la myopathie (Mirallié).

A la main succulente, avec ses doigts boudinés, on a opposé un autre type, inverse en quelque sorte, celui de la main sèche, dont la peau est mince, lisse violacée, froide, collée aux os et dont les doigts portent des cicatrices de traumatismes et d'ulcérations.

L'augmentation de volume des mains, qui peut s'étendre à tout le membre supérieur et qui peut être unilatérale, est un degré plus élevé de la main succulente : c'est une véritable hypertrophie ressemblant à l'acromégalie. Charcot, pour la main, l'a désignée sous le nom de *chiromégalie*.

(1) Ch. Achard. — Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et anesthésie dissociée en bande zostéroïde sur le tronc. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 avril 1896, p. 349.
(2) R. Campana. — *Clin. dermosifilopat della R. Univ. di Roma*, avril. 1908, p. 56.
(3) Sano. — Syndrome syringomyélique étendu unilatéral. *Journ. de neurol.*, 1901, p. 149.
(4) Klippel et Monier-Vinard. — Syringomyélie fruste avec manifestations anormales. *Soc. de neurol.*, 6 févr. 1908 ; *Rev. neurol.*, 1908, p. 170.
(5) Kheissine. — *Moniteur médical* (russe), 1901, p. 87, d'après la *Rev neurol.*, 1901, p. 1007.
(6) Furstner et Zacher. — *Arch. f. Psych.*, 1883, Bd 16, p. 422. — Strumpell. *Ibid.*, 1880, Bd 10, p. 695. — Glaser. *Ibid.*, 1885, Bd 16, p. 84.
(7) A. Thomas. — Un cas de galactorrhée au cours de la syringomyélie. Soc. de neur., 2 févr. 1921 ; *Rev. neurol.*, 1921, p. 201.

(1) R. Lépine. — Mal du syst. nerv., *Rev. de méd.*, 1895, n° 6.
(2) Ch. Audry et Dalous. — Hyperkératose circonscrite des doigts chez un syringomyélique. *Soc. franç. de dermatol. et de syph.*, 6 mars 1902.
(3) M. J. Federoff. *Gaz. méd. de la Russie du Sud*, d'après la *Rev. neurol.* 1893, p. 634. — E. Brissaud. Sclérodactylie syringomyélique. Soc. de neurol., 4 juillet 1901, *Rev. neurol.*, 1901, p. 642. — Klippel et G. Maillard. Troubles trophiques des mains paraissant dus à une syringomyélie. Soc. de neurol., 7 déc. 1905, *Rev. neur.*, 1905, p. 1205.
(4) J. Handelsmann. — Ueber die neurotonische elektrische Reaktion, ein Fall von Syringomyélie mit myotonischer Reaktion. *Neurol. Centralbl.* 19 avril 1911, p. 418.
(5) P. Boveri. — Sur un aspect particulier de la main dans la syringomyélie. La main en peau de lézard. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin 1911, p. 207.
(6) J. Hochnegg. — Ueber symmetrische Gangrän u. locale Asphyxie. *Wien. med. Jahrb.*, 1885, p. 469.
(7) M. Klippel et R. Mallet. — Panaris de Morvan unilatéraux. Œdème segmentaire du côté opposé. Troubles de sensibilité à topographie radiculaire. Soc. de neurol., 2 févr. 1911. *Rev. neurol.*, 1911, p. 265.
(8) G. Marinesco. Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie. Thèse de Paris, 1897. — A. di Lazenberger. *Rif. méd.* 1898. — Crocq (fils). Un cas de syringomyélie avec pied succulent. *Congr. internat. de neurol.*, Bruxelles, sept. 1897.

© BIU Santé

Tantôt il s'agit d'une simple augmentation de volume des parties molles, comme le fait voir la radiographie (Raymond et Guillain, Lhermitte et Artom). Tantôt il s'y ajoute une hypertrophie du squelette (Tchernychoff, Desplats). Dans un cas de Schichittenhelm, il y avait une atrophie osseuse. Un état semblable peut se voir, mais plus rarement, au membre inférieur et Schlesinger a décrit la *podomégalie*. Ces cas forment une variété de « macrosomie partielle » (1).

On a rapproché ces hypertrophies partielles de celles de l'acromégalie et l'on a décrit soit un type acromégalique de la syringomyélie, soit une association de l'acromégalie à la syringomyélie.

Il est certain que la syringomyélie peut souvent expliquer à elle seule certaines de ces hypertrophies, mais il semble aussi que dans quelques cas il y ait, comme dans l'acromégalie véritable, une lésion de la région hypophysaire, car si Petren n'a trouvé qu'un peu de sclérose de la glande pituitaire, Marinesco a noté sur la radiographie un élargissement de la selle turcique.

Chez notre premier malade, la question peut se discuter. Il a, comme je vous l'ai dit, non seulement la main trapue, mais le menton en galoche, le nez, le lobule des oreilles, la langue épaissis et les pommettes saillantes. Toutefois la radiographie du crâne n'a pas montré d'élargissement de la selle turcique.

Un cas de Winter est très comparable au nôtre : il concerne un homme de 44 ans, atteint de syringomyélie du type Morvan et qui avait été amputé du bras gauche ; sa main droite paraissait acromégalique, il avait du prognathisme de la mâchoire inférieure et la radiographie ne montrait pas d'élargissement de la selle turcique.

Outre les hypertrophies dont je viens de vous parler, on peut trouver dans la syringomyélie des ostéophytes, des exostoses localisées (Graf, Dejerine, Oberndorff, Kheissine, Preobrajenski) qui peuvent coexister avec des fractures, comme dans le cas de Hanns où il y avait une triple fracture du rachis (1).

Les déformations du rachis sont fréquentes et consistent surtout en une *cyphoscoliose* (2) qui produit le tassement du tronc et fait prendre au corps l'attitude voûtée avec la tête penchée en avant. La paroi thoracique est souvent aplatie, on observe parfois à sa partie antérieure un enfoncement qui a été décrit par Pierre Marie et Astié sous le nom de *thorax en bateau* (3).

Les os peuvent être atteints d'atrophie, d'ostéoporose ; à la radiographie, ils paraissent amincis avec un canal central élargi (4).

Aussi des fractures spontanées (5) peuvent-elles se produire. Mais contrairement à celles du tabès, elles prédominent aux membres supérieurs parce que les lésions spinales de la syringomyélie sont bien plutôt cervico-dorsales que dorso-lombaires, à l'inverse de celles du tabès. Sur 14 cas rassemblés par Rénon et Heitz, il en est seulement 2 qui concernent les membres inférieurs (fémur, Oppenheim ; os de la jambe, Gnezda). On a noté ces fractures à la clavicule, à l'humérus, au radius, au cubitus, aux os de l'avant-bras, aux métacarpiens, aux phalanges. Elles peuvent être multiples chez le même sujet : Hanns mentionne une triple fracture du rachis. Ordinairement elles siègent dans une région où l'on constate l'anesthésie dissociée ; aussi sont-elles indolentes. Le gonflement est souvent considérable ; le cal se consolide lentement et parfois imparfaitement.

Des arthropathies (6), comparables aussi à celles du tabès, s'observent dans un certain nombre de cas, et plus souvent que les fractures. Leur fréquence est évaluée à 10 % par Sokoloff, à 30 % par Schlesinger ; Sokoloff en 1896 en avait déja rassemblé 68 observations (7). On les a signalés

(1) J. M. Charcot et E. Brissaud. *Progrès médic.*, 21 janv. 1891, et Charcot. *Clin. des mal. du syst. nerv.*, t. 1, 1892, p. 350. — Holschewnikoff. Ein Fall von Syringomyelie und eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen (Acromegalie). *Virchow's Arch.*, 1890, Bd 119, p. 10. — Fred. Peterson. A case of acromegalia combined with syringomyelia. *Med. Rec.*, 4 sept. 1893. — Pierre Marie. Un cas de syringomyélie à forme pseudo-acromégalique (chiromégalie, déformation d'un pied). *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 6 avril 1894, p. 221. — A. Chantemesse. Sur un cas de syringomyélie à forme acromégalique. *Progr. méd.*, 27 avril 1895, p. 273. — H. Schlesinger. Zur Kenntniss der Akromegalie und der akromegaliänlichen Zustande (partielle Makrosomie). *Wien. klin. Wochenschr.*, mai 1897, p. 445. — A. Lunz. Ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie. *Deutsche med. Wochenschr.*, 13 oct., 1898, p. 651. — A. Chauffard et V. Griffon. Hypertrophie pseudo-acromégalique segmentaire de tout un membre supérieur, avec troubles syringomyéliques ayant la même topographie. *Rev. neurol.*, 15 m ai 1899, p. 318. — S. Tchernychoff *Mémoires médic.* (en russe), 1899, p. 330, d'après la *Rev. neurol.*, 1900, p. 562. — G. Graziani. Una forma frusta di morbo di Morvan con Chiromegalia, *Gazz. degli Osped. e delle clin.*, 10 déc. 1899, p. 1565. — Heldenbergh. Syringomyélie avec hypertrophie segmentaire d'un membre supérieur avec troubles bulbaires. *Journ. de neurol.*, 1901, n° 1. — A. Schittenhelm. Ueber ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie. *Neurol. Centralbl.*, 1er nov. 1903, p. 1006. — Raymond et G. Guillain. Chiromégalie dans la syringomyélie. Soc. de neurol., 9 juillet 1904, *Rev. neurol.*, 1904, p. 769. — G. Marinesco. Un cas de maladie de Morvan associée à l'acromégalie. Soc. de neurol. et de psych. de Bucarest, 28 janv. 1906, d'après la *Rev. neurol.*, 1909, p. 1100. — K. Petren. *Virchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1907, Bd 190. — Joukoresky. *Rev. de Psych., de neurol. et de psychol. experim.* (russe), 1907, p. 385, d'après la *Rev. neurol.*, 1908, p. 955. — J. Lhermitte et Artom. Un cas de syringomyélie avec cheiromégalie suivi d'autopsie. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct. 1907, p. 374. — F. Raymond et P. Lejonne. Syringomyélie avec phénomènes bulbaires trophiques intenses. *Ibid.*, juil.-août 1907, p. 261. — R. Desplats. Hypertrophie segmentaire considérable du bras et de l'avant-bras avec dissociation syringomyélique des sensibilités. *Ibid.*, mai-juin 1908, p. 200. — G. Roussy et J. Lhermitte. Etude anatomique de 2 cas de cheiromégalie dans la syringomyélie. Soc. de neurol., 29 juin 1911. *Rev. neurol.*, 1911, p. 65. — W. Essex Winter. *Proc. of the Roy. Soc. of London*, 9 janv. 1914, p. 68. — André Thomas. Syringomyélie avec panaris analgésiques. Cheiromégalie. Soc de neurol., 1er févr. 1912, *Rev. neurol.*, 1912, p. 298. — G. Guillain et J. Dubois. Syringomyélie consécutive à une infection périphérique. *Bull. et Mém., de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, avril 1914, p. 634.

(1) G. P. Oberndorff. *New York med. Journ.*, 5 mars 1910, p. 479. — P. A. Preobrajenski. Soc. de neurol. et psych. de Moscou, 20 nov. 1898, d'après la *Rev. neurol.*, 1899, p. 572. — Kheissine. *Moniteur neurol.* (russe), 1901, p. 87, d'après la *Rev. neurol.*, 1901, p. 1007.

(2) Hallion. Des déviations vertébrales névropathiques. Thèse de Paris, 1892.

(3) Astié. — Le thorax en bateau de la syringomyélie. Thèse de Paris, 1897.

(4) F. Tedesko. Ueber Knochenatrophie bei Syringomyelie. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1904, Bd 26, p. 336. — S. S. Nalbandoff. Soc. de neurol. et de psych. de Moscou, 19 nov. 1899. *Vratch*, 1900, p. 22.

(5) L. Rénon et Jean Heitz. Des fractures spontanées chez les syringomyéliques. *Presse médic.*, 26 juill. 1902. — J. Baker. *Rev. neurol. tchèque*, 1905, n°s 7-8, d'après la *Rev. neurol.*, 1906, p. 61 : fracture des os de l'avant-bras. — H. Morley Fletcher. *Proc. of the Roy. Soc. of med. of London*, 14 janv. 1910, p. 98 : fracture de jambe chez une petite fille de 6 ans, présentant le type Morvan. — Hanns. Hématomyélie traumatique avec exostoses trophiques. Syringomyélie consécutive. Soc. de méd. de Nancy, 16 janv. 1912. *Rev. méd. de l'Est*, 1er sept. 1912, p. 539.

(6) E. Graf. Ueber die Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1983, Bd 10, 517. — Sonnenberg. Ein Fall von Erkrankungen der Schultergelenk bei Gliomatose des Rückenmarkes. *Bert. klin. Woch.*, 27 nov. 1893, p. 1161. — J. B. Charcot. Arthropathie syringomyélique et dissociation de la sensibilité. *Rev. neurol.*, 1894, p. 250. — N. A. Sokoloff. *Rev. de méd.* (russe), 1896, n° 18, d'après la *Rev. neurol.*, 1897, p. 700.

(7) Dercum et Spiller. A case of syringomyelia limited to the posterior horn in the cervical region with arthropathy of the shoulder joint and ascending degeneration in the pyramidal tracts. *Amer. Journ. of the med. sc.*, déc. 1896. — Gnezda. Club médic. viennois, 21 déc. 1898, d'après la *Rev. neurol.* 1899, p. 316. — Storp. Soc. méd. thérap. de Königsberg, 7 nov. 1898. *Deutsche med. Wochenschr.*, 19 janv. 1899. — Folet. Arthropathie syringomyélique. *Echo méd. du Nord*, 1er oct. 1899, p. 474. — Touche. Syringomyélie à forme sensitive. Douleurs spontanées. Coexistence de pachyméningite cervicale. *Soc. de neurol.*, 10 janv. 1091. *Rev. neurol.*, 1901, p. 59. — Brissaud. Syringomyélie, arthropathie de l'épaule, atrophie musculaire et thermoanalgésie du type transversal. *Soc. de neurol.*, 4 déc. 1902. *Rev. neurol.*, 1902, p. 1179. — C. Hudovernig. Zur Pathogenese des Arthropathieen bei Syringomyelie. *Neurol. Centralbl.*, 16 déc. 1901, p. 1137. — E. Brissaud et Bruandet. Syringomyélie, athropathie de l'épaule, atrophie musculaire et thermoanalgésie du type transversal. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril 1903 p. 73. — S. S. Nalbandoff. *Médecin russe*, 1903, p. 903. *Rev. neurol.*, 1903, p. 1058. — H. Grenet et Tanon. Arthropathies nerveuses. Aggravation des lésions et amélioration fonctionnelle Soc. de neurol., 6 déc. 1906. *Rev. neurol.*, 1906, p. 1193. — J. Baker. *Rev. neurol. tchèque*, 1905, n°s 7-8, d'après la *Rev. neurol.*, 1906, p. 61. — Maragliano. *Congr. sanit. degli osped. civili di Genova*, 23 avril 1907, d'après la *Rev. neurol.*, 1907

© BIU Santé

à l'épaule, au coude, au poignet, au pouce, à l'articulation sterno-claviculaire, au genou, à la hanche, au cou-de-pied, à la mâchoire. Elles peuvent s'accompagner de luxation, d'arthrites. Elles sont uniques ou multiples : on peut les voir chez le même sujet aux deux épaules (Elliot), à l'épaule et au poignet (Hudovernig), au genou et à la hanche (Grenet et Tanon), à l'épaule, au coude et au genou (Strop), au coude droit, à l'épaule et au poignet gauches (P. Marie et Chatelin). A la différence de celles du tabès et comme les fractures spontanées, elles sont beaucoup plus communes au membre supérieur qu'au membre inférieur : d'après Schlesinger, on les trouve dans les 8/10es des cas au membre supérieur. Sur 23 observations rassemblées depuis 1896 (2), je relève comme siège 11 fois l'épaule (Dercum et Spiller, Storp, Folet, Fouché, Brissaud, Nalbandoffl, Raymond et Lejonne, Mériel et Cestan, Elliott, P. Marie et Chatelain), 5 fois le coude (Storp, Hudovernig, Mériel et Cestan, P. Marie et Chatelain), 3 fois le poignet (Hudovernig, Baker, P. Marie et Chatelain), 1 fois la hanche (Grenet et Tanon), 3 fois le genou (Maragliano, Storp, Grenet et Tanon), soit 19 fois les membres supérieurs et 4 fois les membres inférieurs.

Cette localisation prédominante, comme celle des fractures spontanées, montre bien la nature trophique du trouble osseux et sa dépendance de la lésion spinale, quand on la compare à la prédilection de ces mêmes désordres ostéo-articulaires pour les membres inférieurs dans le tabès.

Aux symptômes médullaires de la syringomyélie peuvent s'ajouter des *symptômes encéphaliques*, lorsque la lésion progresse en hauteur et que la syringomyélie se prolonge en syringobulbie.

Dans la sphère de la XIIe paire, Schultze, Hoffmann et d'autres auteurs ensuite ont observé l'hémiatrophie linguale : la langue tirée hors de la bouche est déviée en croissant, par suite de la rétraction d'une de ses moitiés, et la pointe est dirigée vers le côté paralysé. Dans le domaine du vago-spinal, on peut voir la paralysie vélo-palatine et pharyngée, ordinairement unilatérale avec déviation de la luette du côté sain, la paralysie laryngée récurrentielle, le syndrome d'Avellis ou paralysie de la branche interne du spinal avec hémiplégie homologue du voile du palais et du larynx, le syndrome de Schmidt ou paralysie totale du spinal, le syndrome de Jackson ou paralysie du spinal et de l'hypoglosse. L'agueusie, signalée par Hoffman et par Grasset, révèle l'atteinte du glosso-pharyngien. Celle du nerf acoustique est rare : elle se traduit par des bourdonnements d'oreille, des vertiges, des troubles vestibulaires. Dans un cas de Rhein (1) il y avait un tic douloureux de la face. Des cas d'algies faciales ont été publiés par Gilles de la Tourette, par Lamacq, par Foix, Thévenard et Nicolesco. Dans le premier et le dernier des cas, ces algies s'accompagnaient de troubles sympathiques, vaso-moteurs et sudoraux : l'autopsie de Foix, Thévenard et Nicolesco a montré une syringomyélie atteignant le centre bulbaire et la racine ascendante du trijumeau (2).

En fait de troubles de l'appareil visuel, le nystagmus semble rare, quoique Schlesinger en évalue la fréquence à 10 % des cas. On peut voir des paralysies oculaires, surtout de la VIe paire, d'abord passagères, puis persistantes. Les réactions pupillaires sont ordinairement conservées. Le signe d'Argyll Roberston unilatéral a été constaté par plusieurs auteurs : Dejerine et Mirallié, Berndt, Bruttan, L. Lévi et Sauvineau, Maixner et Preobrajenski, Rose et Lemaître, Sicard et Galezowski.

Quant aux troubles de la vision, ils sont dus très rarement à l'atrophie optique (1). Celle-ci, dans un cas de Weisenburg et Thorington, était due à l'hydrocéphalie concomitante. Mais on a signalé un rétrécissement concentrique du champ visuel (2), surtout pour le vert, qu'on a rapporté, trop facilement peut-être à une certaine époque, à une hystérie associée, et qui du reste ne paraît pas fréquent.

Les troubles oculo-sympathiques consistent dans le syndrome de Claude Bernard-Horner avec myosis et énophtalmie. La paralysie sympathique, d'après Schlesinger, existe dans 15 % des cas : elle est signalée notamment par Hallopeau, Kahler, Remak, Charcot, Sicard et Galezowski, Ballantyne.

On a vu quelquefois l'hémiatrophie faciale attribuée à des lésions sympathiques (Chavanne, Graf, Schlesinger, Dejerine et Mirallié, Queyrat et Chrétien) (3). Inversement Hitzig a constaté une hémihypertrophie de la face, qui peut être comparée aux hypertrophies des membres et à la chiromégalie (4).

Les fonctions psychiques sont bien conservées dans la grande majorité des cas. Néanmoins, indépendamment des affections mentales qui peuvent s'associer à la syringomyélie, on trouve parfois chez les malades un état de dépression physique, compliqué même d'idées délirantes et d'idées de suicide, qui résulterait du trouble apporté dans la vie des sujets par l'évolution de la maladie et ses conséquences pénibles (5).

La syringomyélie peut se présenter au clinicien sous différentes formes dont les principales sont caractérisées par les variétés des symptômes visibles, c'est-à-dire surtout des troubles moteurs et des troubles trophiques.

Il y a des *formes latentes*, dans lesquelles la maladie reste une trouvaille d'autopsie, comme le cas que j'ai rapporté

p. 1003. — F. Raymond et P. Lejonne. Syringomyélie avec phénomènes bulbaires et troubles trophiques intenses. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août 1907, p. 374. — Mériel et R. Cestan. Deux cas d'arthrites syringomyélique. *Toulouse méd.*, 1er mars 1911, p. 61. — T. R. Elliott. *Proc. of the Roy. Soc. of med. of London*, 16 janv. 1913, p. 77. — P. Marie et Ch. Chatelain. Deux cas d'arthropathies nerveuses chez un syringomyélique et chez un tabétique. Soc. de neurol., 2 déc. 1915. *Rev. neurol.*, 1914-15, p. 1308.

(1) J. H. W. Rhein. *Proc. of the Patholog. Soc. of Philadelphie*, 1907, p. 173.

(2) Gilles de la Tourette. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1889, p. 321. — Lamacq. Contrib. à l'étude clinique des phénomènes bulbaires dans la syringomyélie. *Rev. de méd.*, avril 1894. — Foix, Thévenard et Nicolesco. Algie faciale d'origine bulbo-trigéminale au cours de la syringomyélie. Troubles sympathiques concomitants. Douleur à type cellulaire. Soc. de neurol., 6 juillet 1922. *Rev. neurol.*, 1922, p. 990.

(1) T. H. Weisenburg et J. Thorington. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, déc. 1905. — W. N. Bullard et J. Thomas. A case of syringomyelia with unusual symptoms ; autopsy ; microscopical report. *Amer. Journ. of the med. sc.*, mars 1899.

(2) J. Dejerine et A. Tuilant. — Sur l'existence d'un rétrécissement visuel dans la syringomyélie. *C. R. de la Soc. de biol.*, 12 juillet 1890, p. 441. — J. Brianceau. Contrib. à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan. Thèse de Paris, mai 1891.

(3) J. Dejerine et Ch. Mirallié. Hémiatrophie de fa face avec phénomènes oculo-pupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale. *Arch. de physiol.*, oct. 1895, p. 785. — L. Queyrat et E. Chrétien. Syndrome syringomyélique avec hémiatrophie faciale et troubles oculo-pupillaires. *Presse médic.*, 21 déc. 1897, p. 379.

(4) Voir encore sur les troubles bulbaires : H. F. Muller. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd 52, p. 259. — Raymond. Le syndrome bulbo-protubérantiel de la syringamyélie. *Gaz. des hôpit.*, 19 mars 1893. — E. Maixner. *Casopis ceskych tekaru*, 1900, d'après la *Rev. neurol.*, 1901, p. 939. — Iwanoff. *Soc. de neuropathol. et de psych. de Moscou*, 28 janv. et 18 févr. 1905, d'après la *Rev. neurol.*, 1906. p. 115 ; *Neurol. Centralbl.*, 1er déc. 1907. p. 115. — F. Raymond et G. Guillain. Un cas de syringobulbie. Sydrome d'Avellis au cours d'une syringomyélie spasmodique. *Rev. neurol.*, 30 janv. 1906, p. 41. — F. Raymond et P. Lejonne. — Syringomyélie avec phénomènes bulbaires et troubles trophiques intenses. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juill.-août 1907, p 261, p. 261. — Anna Monoszon. Symptômes bulbaires dans la syringomyélie Thèse de Paris, juill. 1908. — H. R. Prentice. *Proc. of the Roy Soc. of med. of London*, 15 déc. 1910, p. 100.

(5) Pierre Marie et P. Guillain. — Les troubles psychiques dans la syringomyélie. Soc. de neurol., 15 janv. 1903. *Rev. neurol.*, 1903, p. 118. — G. Raviart. Contrib. à l'étude des troubles psychiques dans la syringomyélie. XIIIe *Congr. des méd. aliénistes et neurologistes de France*, Bruxelles, août 1903. *Rev. neurol.*, 1903, p. 863.

© BIU Santé

avec Joffroy en 1891, où l'exploration de la sensibilité n'avait rien révélé d'anormal.

Mais le plus souvent, même en l'absence de troubles moteurs ou trophiques, l'anesthésie dissociée existe. Aussi doit-on décrire une *forme sensitive*, où les troubles sensitifs sont prédominants et réalisent le type *Kahler-Schultze*.

Les *formes motrices* et les *formes trophiques* présentent des types variés.

La forme la plus fréquente est celle de l'amyotrophie du *type Aran-Duchenne*. En dehors de la syringomyélie, ce type reconnaît encore pour cause la poliomyélite chronique et, les névrites infectieuses ou toxiques. Mais dans la première on ne trouve pas de troubles sensitifs et, aux membres inférieurs, les réflexes patellaires et achilléens sont affaiblis tandis qu'ils sont généralement augmentés dans la syringomyélie. Quant aux névrites, elles se distinguent par une marche plus rapide, par une généralisation plus grande de l'anesthésie qui est totale et non dissociée, qui n'a pas de topographie radiculaire ; de plus, la pression des muscles et des nerfs est douloureuse, les réflexes sont abolis.

Le *type scapulo-huméral* (1) d'amyotrophie est assez rare. En dehors de la syringomyélie, c'est surtout la myopathie qui le produit. Mais dans celle-ci l'amyotrophie est symétrique et ne détermine pas de contractions fibrillaires ; l'anesthésie fait défaut ; il est rare qu'on observe des troubles bulbaires, tandis que ces troubles sont fréquents et précoces dans cette forme de syringomyélie qui répond à une lésion assez haute, située dans la moelle cervicale.

Dans le *type spasmodique*, décrit par Pierre Marie et Guillain (2), on observe une contracture plus ou moins marquée des quatre membres, et l'attitude de la main de prédicateur. Le diagnostic est souvent à faire avec la sclérose en plaques, dans laquelle les troubles de la sensibilité sont beaucoup plus irréguliers et n'offrent pas la dissociation syringomyélique. Quant à la pachyméningite cervicale, dont la main de prédicateur est un symptôme, elle peut s'observer en même temps que des cavités médullaires, mais aussi indépendamment de toute lésion syringomyélique : les troubles sensitifs seront alors précieux pour le diagnostic.

On a décrit un *type de sclérose latérale amyotrophique* (Lloyd) qui se distingue de la maladie de Charcot proprement dite par une marche plus lente et par les troubles sensitifs, qui font défaut dans cette dernière.

Un *type inférieur*, dorso-lombaire (3), de syringomyélie peut s'observer, mais assez rarement. Il s'accompagne parfois de symptômes spasmodiques et peut ressembler à des paraplégies pottiques, syphilitiques, néoplasiques. Le diagnostic se fonde surtout sur la recherche de l'anesthésie dissociée, encore que celle-ci puisse se rencontrer dans ces diverses lésions spinales, mais alors elle est beaucoup moins nette et bien moins radiculaire que dans la syringomyélie. En outre, en ce qui concerne le diagnostic avec la paraplégie du mal de Pott, la gibbosité pottique, angulaire, est très différente de la cypho-scoliose syringomyélique.

On a vu parfois un *type unilatéral* de syringomyélie (1) dans lequel, à vrai dire il y a plutôt prédominance unilatérale des symptômes que limitation stricte à un côté du corps. Dejerine et Sottas ont fait connaître cette forme.

Parmi les formes trophiques on peut décrire un *type sclérodactylique*.

Enfin le *type Morvan*, caractérisé par les panaris analgésiques, se montre ordinairement avec d'autres troubles trophiques, tels que les doigts boudinés et l'épaississement de la main. Je ne reviens pas sur la description que je vous ai faite de la maladie de Morvan. L'on ne conteste plus qu'on puisse dans la syringomyélie observer un type Morvan ; mais comme je vous l'ai dit on admet encore que la maladie de Morvan puisse être produite le plus souvent par d'autres lésions et par des lésions névritiques. On donne comme caractères différentiels la distribution névritique des troubles sensitifs et l'atteinte plus ou moins marquée de la sensibilité tactile ; je vous ai fait voir combien fragile était cette barrière qu'on prétend maintenir entre les deux, puisque l'anesthésie dissociée se retrouve le plus souvent à certains degrés dans la maladie de Morvan et que l'intégrité parfaite du tact est loin d'être constante dans la syringomyélie, où d'ailleurs les névrites périphériques ne sont pas insolites.

Quoi qu'il en soit, le type Morvan de la syringomyélie, en dépit de l'assimilation qu'on a voulu faire à la légère, se distingue tout au moins des formes ordinaires de la lèpre anesthésique où la dissociation de l'anesthésie fait généralement défaut, où l'anesthésie n'a pas une distribution radiculaire, où les mutilations des doigts sont plus accentuées, où le panaris manque ordinairement, où les membres inférieurs sont atteints d'atrophie musculaire sans exagération des réflexes, où la scoliose manque, où l'on trouve sur le trajet des nerfs des lépromes, où l'on peut constater de l'éosinophilie sanguine, où l'on voit coexister le masque lépreux avec la chute des sourcils et des cils.

On a cherché dans une épreuve de fixation du complément, au moyen d'un antigène préparé avec des lépromes broyés, un élément de diagnostic entre la névrite lépreuse et la syringomyélie. Ainsi Milian, dans un cas où il y avait des doigts en griffe, des mutilations, de la scoliose avec un thorax en bateau, a trouvé positive la réaction faite par M. Abrami et il décrit ce cas comme une lèpre à forme de syringomyélie spasmodique. Inversement MM. H. François et H. Schæffer, dans un cas où il y avait des taches du visage ressemblant à des macules de lèpre, mais où la réaction, faite également par M. Abrami, s'est montrée négative, ont décrit une syringomyélie à forme lépreuse. On pourrait encore dans certains cas recourir à la biopsie pour la recherche histologique des bacilles, ou rechercher le bacille de Hansen dans le sang (Flügge, Ferré, Boinet), le liquide

(1) J. Bloch. Contrib. à l'étud. de la syringomyélie à type scapulo huméral. Thèse de Paris, 1897. — G. Calligaris. *Riv. neurologica*, oct.-nov. 1909.

(2) G. Guillain. La forme spasmodique de la syringomyélie. La névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie. Thèse de Paris, févr. 1902. — Raymond. *Arch. de neurol.*, août 1893, p. 97. — F. Raymond et H. François. Syringomyélie spasmodique avec attitude particulière des membres supérieurs. *Rev. neurol.*, 30 avril 1906, p. 350. — Alquier et G. Guillain. Etude anatomo-clinique d'un cas de syringomyélie spasmodique. *Ibid.*, 17 juin 1906, p. 484. — H. Verger. Sur un cas de syringomyélie spasmodique douloureuse à évolution rapide. *L'Encéphale*, juill. 1907, p. 21. — J. S. Burg. *Brit. med. Journ.*, 15 janv. 1910, p. 132. — G. W. Howland. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, mars 1910, p. 174. — G. Roussy et J. Lhermitte. Etude anatomique sur 2 cas de cheiromégalie dans la syringomyélie. *Soc. de neurol.*, 29 juin 1914, *Rev. neurol.*, 1911, p. 15.

(3) A. Gordon. *Rev. de psych.* (russe), 1897, n° 10, d'après la *Rev. neurol.* 1899, p. 44. — Schmidt. Soc. de neuro-psych. de Moscou, 15 déc. 1900 *Vratch*, 1901, p. 449. — J. M. Clarke et S. W. Hey Groves. *Brit. med. Journ.*, 18 sept., 1909, p. 377.

(1) J. Dejerine et Sottas. Sur un cas de syringomyélie unilatérale et à déb ut tardif. *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 juill. 1892, p. 716. — Bochweh. Syringomyelie with marked unilateral atrophy. *Med. News*, 20 avril 1896 p. 431. — Dejerine et Thomas. Un cas de syringomyélie à type scapulo-numéral, avec intégrité de la sensibilité, suivi d'autopsie. *C. R. de la Soc. de biol.*, 10 juill. 1897. — Deroubaix. Un cas de syringomyélie cervicale unilatérale. *Journ. de neurol.*, 1904, p. 193. — Wimmer. *Hospitalstidende*, 1906, n°s 2 et 3. — W. M. Leszynsky. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, déc. 1909, vol. 36, p. 710. — E. Leenhardt et Norero. Sur un un cas de syringomyélie à prédominance unilatérale avec atrophie musculaire à topographie radiculaire. *Soc. de neurol.*, 1er févr. 1906, *Rev. neurol.*, 1906, p. 177. — Laese. *Deutsche med. Wochenschr.*, 5 mai 1898. — Sano. *Loc. cit.* — Max Egger. Un cas de syringomyélie unilatérale avec le syndrome de Brown Séquard. Hémianesthésie croisée de la face et du corps. Soc. de neurol., 8 juin 1905, *Rev. neurol.*, 1905, p. 653.

© BIU Santé

de vésicatoire (Kalindero), le mucus nasal (Jeanselme), les fragments de nerfs extirpés par biopsie (Pitres) (1).

La syringomyélie s'associe parfois à d'autres états morbides qui déterminent des symptômes nerveux particuliers.

Sans parler des symptômes de la série tabétique dont une une lésion syringomyélique reproduit parfois quelques-uns, tels qu'une légère ataxie des membres supérieurs, des troubles génito-urinaire et bulbaires, et même des crises gastriques (2), on peut voir le vrai tabès coexister avec la syringomyélie.

Eisenlohr, Nonne, Schlesinger, Maixner, en ont rapporté des cas où l'on constatait le signe d'Argyll Robertson, le signe de Romberg, l'incoordination motrice, de l'anesthésie sans dissociation, les symptômes tabétiques étant prédominants aux membres inférieurs et les symptômes syringomyéliques aux membres supérieurs (3).

La coexistence avec la paralysie générale (4) est notée par Fürstner et Zacher, Köberlein, O'Carrol, Gianelli, Popow, Oppenheim, Galloway, Joffroy et Gombault.

J'ai observé avec Joffroy l'association de la maladie de Basedow à une syringomyélie restée latente pendant la vie. P. Spillmann a rapporté un autre cas de cette coexistence.

On a signalé l'association à l'épilepsie, à la chorée, à l'hystérie, à la stupeur catatonique (5).

Je vous rappelle que l'acromégalie peut aussi coexister avec la syringomyélie.

On connaît des cas d'association à la sclérose latérale amyotrophique (Jumentié et Quercy) (6), à la lipomatose symétrique (Mollard et Chattot) (7), à la maladie osseuse de Paget (Pierre Marie et Léri) (8).

La marche de la syringomyélie est essentiellement chronique et même d'une extrême lenteur. Elle peut débuter dès la première enfance et permettre d'atteindre un âge avancé : dans un cas de Dejerine et Thomas, où les premiers troubles étaient apparus à 20 ans, la mort ne survint qu'après 70 ans. Chez le malade de Kaiser et Küchenmeister (9), mort à 30 ans, la maladie avait débuté à 3 ans. Le malade de Booth était atteint depuis 32 ans. Un malade dont j'ai publié l'observation avec Joffroy en 1887 avait survécu 36 ans aux premiers symptômes parétiques. On a, il est vrai, rapporté quelques cas dont l'évolution aurait été rapide et n'aurait duré que 3 ou 4 ans, 21 mois même dans un cas de Verger (10) ; mais il est rare qu'on connaisse le début réel de la lésion qui se développe insidieusement et reste longtemps ignorée, à moins qu'un accident une brûlure non perçue ne révèle au médecin, s'il est consulté, la maladie latente.

Ce qu'on peut voir aussi dans le cours très lent de la syringomyélie, ce sont des arrêts du processus ou des poussées d'aggravation, assez rarement des aggravations brusques, attribuées à des hématomyélies, ou à de l'œdème passager du tissu médullaire au voisinage des cavités. Dans le cas des Preobrajensky (1), une paralysie des quatre membres survint brusquement, suivie de mort en trois semaines.

Par exception, Goldschmidt et Brunzlow ont observé une rétrocession des troubles sensitifs et de l'amyotrophie.

La mort survient par le développement de la cachexie, des escharres, d'une infection urinaire (2), ou par des accidents bulbaires qui peuvent même causer la mort subite, ou par des maladies intercurrentes telles que tuberculose, pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde.

(1) A. Pitres. — De la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic différentiel des formes frustes et anormales de lèpre. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 nov. 1982, p. 735.

(2) R. Pauly. — Crises gastriques et syringomyélie. *Rev. de méd.*, 10 déc. 1900, p. 1031.

(3) E. Maixner. O atypickych Form ach Syringomyelie. *Casopis ceskych Lekaru*, 1897, p. 50, d'après la *Rev. neurol.*, 1898, p. 251. — Prébitkoff et Iwanoff. Soc. de neurol. et de psych. de Moscou, 24 avril 1898. — A. Souques et A. Barbé. Tabès et syringomyélie. *Rev. neurolog.*, 30 sept. 1907, p. 977. — W. O. Spiller. *Proc. of the Patholog. Soc. of Philadelphia*, 1908, p. 215.

(4) Galloway. *Pathol. Soc. of London*, 1891. — A. Joffroy et A. Gombault. Lésions de syringomyélie trouvées à l'autopsie d'un paralytique général. *Rev. neurolog.*, 1903, p. 913.

(5) G. Deny et Barré. — Lésions syringomyéliques chez une catatonique. *L'Encéphale*, sept. 1907, p. 283.

(6) J. Jumentié et H. Quercy. — Sclérose latérale amyotrophique et syringomyélie associées. Soc. de neurol., 12 déc. 1912. *Rev. neurol.*, 1912, p. 761.

(7) J. Mollard et J. Chattot. — Un cas de lipomatose symétrique associée à un syndrome syringomyélique. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 17 mars 1908, p. 190.

(8) Pierre Marie et A. Léri. — Maladie osseuse de Paget et syringomyélie. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1919, p. 904.

(9) O. Kaiser et H. Küchenmeister. — Ueber einen Fall von Syringomyelie. *Arch. f. Psych.*, 1897, Bd 30, p. 250. — S. A. Booth. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, sept. 1910, vol. 36, p. 534.

(10) H. Verger. — Sur un cas de syringomyélie spasmodique douloureuse à évolution rapide. *L'Encéphale*, juill., 1907, p. 21.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Leçons sur le forceps (3)

Par M. **DEMELIN**

HUITIÈME LEÇON

Applications sur le sommet dans l'excavation en oblique antérieure, O I G A et O I D A, et en oblique postérieure O I D P et O I G P.

Les rotations et les attitudes de la parturiente.

Je vous rappelle les règles générales dont nous avons parlé au cours des précédentes leçons. La femme doit être mise au bord du lit, dans l'attitude dite obstétricale, au besoin dans l'attitude de Devraigne-Descomps, c'est-à-dire en hyperflexion des cuisses sur le bassin lorsqu'on veut relever autant que possible le détroit supérieur, et amener son plan géométrique dans une direction sensiblement perpendiculaire à celle du rachis lombaire, de manière à réduire autant que possible les déperditions de force par frottement de la tête contre l'arc antérieur, et augmenter un peu les diamètres des détroits moyen et inférieur. Dans les extractions de tête en oblique, je me sers toujours de grands lacs, en les passant dans les jumelles antérieures quand il s'agit de positions antérieures, et dans les jumelles postérieures au cas de position postérieures. Ces applications sur le sommet en oblique sont les plus fréquentes. C'est dans ces cas qu'on voit l'importance de considérer le forceps comme un agent de direction principalement ou un instrument correcteur des vices de mécanisme.

Soit tout d'abord l'étude des obliques antérieures. Il est à peu près indifférent d'introduire d'abord la cuiller antérieure ou la cuiller postérieure. Cependant je préfère introduire d'abord la *cuiller antérieure* (la droite dans les O.I.G.A. ; la gauche dans les O.I.D.A.), pour deux raisons : D'abord, c'est en général, la cuiller la plus difficile à bien mettre en place, à cause du tour de spire de Lachapelle, pour l'exécution duquel il est intéressant de ne pas être gêné par l'autre cuiller déjà mise en place. Par ailleurs, vous

(1) P. A. Preobrajensky. — Mémoires médic., 1894, d'après la *Rev. neurol.*, 1895, p. 75.

(2) P. Blocq (*Soc. anatom.*, févr. 1887) a vu la mort survenir par perforation de la vessie ulcérée.

(3) Voir *Progrès Médical*, 6, 20, 27 octobre ; 3, 17 novembre ; 22, 29 décembre 1923.

© BIU Santé

savez que dans les cas normaux, il s'établit un contact assez appuyé entre la tête et l'arc antérieur du bassin. Grâce à ce contact, la cuiller antérieure bien placée tiendra *seule*, sans avoir besoin d'être soutenue par un aide. La cuiller une fois appliquée, introduire la seconde cuiller (postérieure) directement à sa place, en arrière et à gauche, ou à droite suivant la variété de position. L'articulation achevée, vérifiez la prise par le toucher, qui doit vous montrer que la suture sagittale est à égale distance des deux cuillers. Vérifiez aussi le degré de flexion par la situation de la fontanelle postérieure. Complétez cette flexion, si besoin est, en agissant sur l'extrémité manuelle des manches dans le sens qui convient. Faites alors la rotation. Trois procédés peuvent être employés. 1° A la lyonnaise : tenir les lacs très près de la vulve et tirer sur eux perpendiculairement, en haut sur l'un, en bas sur l'autre ; 2° à la parisienne : tirer d'une main sur les deux lacs ; de l'autre main, agir du bout de l'index courbé en crochet sur l'extrémité de la branche la plus voisine de la mortaise où s'adapte le bout correspondant de la traverse d'articulation ; 3° j'emploie un troisième procédé (Fig. 1) : tout en continuant à tirer sur l'ex-

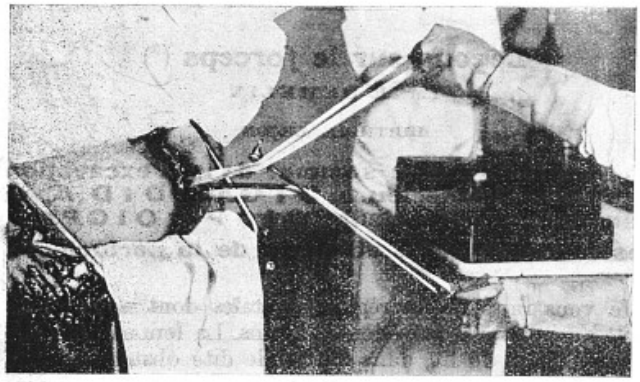


FIGURE 1. — Représentant la rotation artificielle avec les grandes guides, qui agissent en sens inverse sur les extrémités de la traverse.

trémité manuelle des lacs, je place l'un de ceux-ci au-dessus, l'autre au-dessous de la traverse d'articulation, aux extrémités de cette traverse ; je fais tourner cette dernière en agissant par l'intermédiaire de tractions dirigées d'un côté vers le bas et de l'autre vers le haut. Je préfère cette technique parce que c'est avec celle qu'on emploie le minimum de force. C'est donc toujours le même principe : opérer en déployant le moins de force possible. En somme, en présence d'un sommet en oblique antérieure, trois mouvements doivent être exécutés : la tête doit se bien fléchir, tourner et descendre. Il est à remarquer que, si la flexion est toujours, là comme ailleurs, le fait essentiel qui doit précéder les autres mouvements et être maintenue, il n'y a par ailleurs aucune règle absolue fixant les rapports de la rotation et de la descente. Une fois la tête bien fléchie, j'essaye la rotation. Si celle-ci me paraît trop pénible, ou bien si elle paraît arrêtée par un obstacle après avoir commencé, je n'insiste pas. J'essaye, par quelques tractions, d'engager un peu plus la tête. Au besoin, après avoir tiré sur les deux lacs également, je tire un peu davantage soit sur un lacs, soit sur l'autre ; ou bien, tout en tirant également sur les deux lacs, j'imprime à la tête de petits mouvements de latéralité, en tirant vers un côté ou vers l'autre. Puis je reprends mon essai de rotation. Dès que celle-ci devient pénible, je reviens à un peu de flexion puis à quelques tractions de descente, etc. En somme, je m'efforce d'extraire la tête en lui imprimant toutes sortes de petits mouvements qui lui permettent de contourner les obstacles. Avec mes lacs tendus, je tâte les résistances rencontrées et je n'ai qu'un but, les vaincre doucement en y mettant le moins de force possible. Je dois dire qu'il m'arrive fréquemment, depuis surtout que j'emploie le forceps à grandes guides, de voir des rotations se faire *spontanément* dès que j'ai fait en peu de flexion et que j'ai opéré quelques tractions.

J'ai bien peu de choses à dire au sujet des O.I.D.P. et des O.I.G.P. sauf que j'insère les lacs sur les jumelles *postérieures*. J'introduis d'abord la cuiller antérieure comme tout à l'heure. Le fait important, c'est d'obtenir une bonne flexion de la tête. La rotation et l'extraction se fait avec les ménagements, les tâtonnements qui ont été décrits pour les antérieures. Je tente toujours la grande rotation en O-pubienne, et ne me résigne à dégager une occipito-sacrée que si cette grande rotation paraît vraiment devoir être trop pénible. Il est à remarquer qu'avec mon forceps, il est tout à fait inutile de retirer l'instrument quand la tête est en O-pubienne pour faire une seconde application en attitude classique, c'est-à-dire jumelles antérieures dirigées vers le pubis. Je vous ai déjà montré, en étudiant les courbures, que le dégagement avec forceps à l'envers (jumelles antérieures vers le périnée), n'était dangereux que lorsqu'on relève les manches vers le haut, ce qui a pour conséquence de menacer la paroi postérieure du vagin avec le bec des cuillers.

LETTRE DE LYON

Considérations sur les réformes et la loi des pensions

Par E. PALLASSE.
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Au début de l'année 1923, il a été fait à la tribune de l'Académie de Médecine, une série de communications concernant l'application de la loi sur les pensions et spécialement au point de vue des maladies.

Successivement, Sergent, Balthazard, Lemoine, Forgue, Jeanbrau et Pech, Benon ont fait part des impressions qu'ils avaient recueillies dans leurs fonctions d'experts.

Il s'ensuivit des réactions dans la presse politique et dans les associations de mutilés où l'on croyait qu'il pouvait en découler une revision de la loi en vue de diminuer ou d'enlever des indemnités jusque-là attribuées.

Il est devenu classique avec Balthazard, de féliciter Sergent du courage qu'il a montré dans cette manifestation et c'est ce que nous ne manquerons pas de faire au début de ces considérations.

Il faut regretter qu'un plus grand nombre de médecins n'ait pas pris part à ce débat qui était évidemment un peu tardif. Il ne manquait pas de médecins qualifiés par leurs titres et par leurs fonctions pour critiquer précocement l'application d'une loi dont les dispositions pouvaient faire prévoir les abus.

Les abus à notre sens viennent surtout de l'introduction des cas médicaux dans une législation qui s'adressait jusqu'alors à des cas chirurgicaux.

La médecine est infiniment moins facile à manier en barème que la chirurgie et la législation des accidents du travail, par exemple, déjà imparfaite et critiquable, trouverait les mêmes déboires si elle devait un jour s'occuper des maladies.

A l'Académie, nous avons vu Balthazard se déclarer en opposition d'idées sur un grand nombre de points avec Sergent. Les positions respectives de ces deux auteurs

© BIU Santé

expriment bien le point de vue auquel on doit se placer pour juger de la loi et font comprendre ce qui doit choquer le médecin. L'un parle en légiste, l'autre en médecin, et s'ils ne s'accordent pas, c'est qu'en réalité la médecine s'accorde difficilement avec la loi.

Dans cette question une foule de points différents pourraient être discutés. On ne peut tout dire en une fois et voulant présenter seulement un aperçu de ce que l'on pourrait dire, nous serons aussi bref que possible en divisant d'après les trois facteurs en présence : le médecin, la loi et le malade.

***

Le médecin. Balthazard a dit que parfois on pouvait incriminer l'incompétence des médecins. Ceci est sûrement mon avis et peut-être mon cas, qui va me servir d'argument : on comprend pourquoi.

Je fais des expertises depuis 1916. Envoyé au centre de réforme de Grenoble en revenant des armées, j'ai fait les trois jours de stage à Paris, je possède mon certificat consécrateur ; j'ai fait quatre jours d'études de spécialités à Lyon, je devrais donc certainement être bon expert, d'autant plus que j'ai été pris à partie dans des journaux de mutilés comme n'étant pas toujours aimable pour tous les indemnisables.

Mais je ne suis pas de l'avis de Duco qui nous disait à Paris que si nous ne nous sentions pas les qualités d'experts nous devions demander à changer de fonctions ; c'est à l'administration militaire à connaître et à vérifier au préalable nos capacités et non aux intéressés à déclarer eux-mêmes leur compétence.

J'avoue de plus que, quels que soient mes mérites, j'ai toujours vu mes propositions de convalescence modifiées dans la proportion de 20 p. 100 par les présidents des commissions. Je n'ai pas pu arriver à faire donner un mois de convalescence à un opéré de hernie ni trois mois à un convalescent de pleurésie séro-fibrineuse.

Je n'ai jamais pu, non plus, obtenir de me consacrer d'après les aptitudes que l'on pouvait me supposer à l'examen des malades seulement : un bon expert doit connaître médecine, chirurgie et spécialité.

Les experts étaient choisis pendant la guerre, au début, parmi les médecins dont le retour au front paraissait éloigné en raison de leur âge, puis ils furent sous la dépendance directe du ministère. Après la guerre, on admit parmi les experts non plus seulement ceux qui avaient fait les stages réguliers, mais surtout des médecins mutilés et réformés ou d'anciens médecins militaires en retraite.

Dans tous ces choix, il n'est évidemment pas question de savoir médical ; celui-ci passe en dernier lieu et pourtant, comme le répétait récemment Jude, un bon médecin est toujours un bon expert.

Ajoutons que le choix actuel des médecins experts près le tribunal des pensions ne me paraît pas présenter plus de garanties médicales.

Encore si dans les dossiers de réforme on pouvait y trouver au moins un certificat émanant d'un médecin compétent ! Cela s'est fait pendant la guerre. A Grenoble, tous nos dossiers contenaient l'avis du médecin ou du chirurgien du secteur.

Depuis longtemps cela ne se fait plus, car cet organisme a disparu.

Il existe des avis de spécialistes, neurologie, psychiatrie, oculistique, oto-rhino-laryngologie. Souvent la neurologie et la psychiatrie sont confondues on ne sait pourquoi. Le système nerveux a toujours joui pendant la guerre du prestige qui s'attache aux choses difficiles et qu'un petit nombre seul d'individus peuvent savoir et comprendre. Mais le cœur, le poumon, l'abdomen n'ont pas besoin, paraît-il, de spécialistes. La chirurgie encore moins, tout le monde peut la juger.

A la commission de réforme, quand les certificats des experts ne sont pas d'accord, on prend un surexpert, mais celui-ci aura surtout à juger si le taux est peu ou trop élevé ; il pourra juger difficilement du cas médical, car il faudrait qu'il soit d'une réelle compétence et d'une autorité reconnue pour opérer dans ces conditions.

D'après une circulaire, les experts médicaux doivent donner seulement leur avis médical et ne pas se préoccuper du pourcentage et de l'imputabilité, ces deux dernières appréciations étant du ressort exclusif des médecins vacateurs du centre, seuls qualifiés pour cela.

Il est loin d'en être ainsi en pratique et certains experts, professeurs par exemple, n'hésitent pas à mettre des pourcentages et se fâchent au besoin s'ils ne sont pas suivis.

Il y a pourtant des objections à faire à cette conduite. Ainsi on voit un oculiste proposer la tierce personne dans un cas où manifestement il ne devait pas en être question. De là, mécontentement de l'indemnisable qui s'appuyait sur l'opinion du spécialiste.

De même, nous voyons des experts médicaux proposer les uns 20 les autres 30 p. 100 pour une insuffisance aortique ; dans l'hypertension avec angor, les taux varient de 30 à 50 p. 100.

Par contre, si un chirurgien compétent avait donné son avis, on ne verrait pas un dossier revenir de Paris parce que la mensuration d'un membre oscillait de 3 à 6 centimètres de différence suivant les certificats.

La conclusion de cet alinéa est la nécessité où l'on devrait se tenir de séparer l'expertise médicale nécessaire de l'expertise légale indispensable, d'éviter les discordances trop grandes entre les médecins, de faire comprendre au public qu'un malade tarifié à 10 p. 100 n'a pas une affection bien importante, et qu'enfin des écarts de 10 p. 100 entre le experts sont chose bien compréhensible en médecine.

Il ne saurait être question de justifier les erreurs commis par la nécessité d'aller vite, et l'obligation conséquente de demander aux vacateurs de faire œuvre médicale.

Il faudrait dans les centres de réforme grouper les indemnisables par categories médicales et les faire examiner par des médecins autorisés

Une fois examinés médicalement, ils seraient examinés legalement par médecins experts connaissant la loi et son barème.

Il est superflu de faire remarquer qu'il est plus facile de former un expert qu'un médecin. L'art légal s'apprend certainement plus vite que l'art médical.

***

La loi. Les experts du début, dont je suis, et c'est pour cela que je me suis cité avec quelque complaisance, ont appris à Paris pendant trois jours, l'existence de la loi de 1831, remaniée par l'échelle de gravité qui a suivi en 1887.

Plus tard, la commission consultative nous fit la recommandation de suivre la discussion à la Chambre de la loi sur les pensions. Or cette discussion n'avait rien à faire avec la médecine et nous ne pouvons rien dire de la façon dont cette loi a été élaborée au point de vue médical.

Quels ont été les auteurs consultés ? Où sont les responsables médicaux ?

De loin en loin, nous avons bien vu à l'officiel, l'intervention rare de Duco comme commissaire du Gouvernement, mais ce qui nous aurait autrement intéressés, c'eût été de connaître les arguments et les conceptions qui avaient déterminé les barèmes et appréciations médicales. En tant que médecins, cela nous eût interessés autant que de savoir si les veuves en se remariant pouvaient perdre leur pension.

La Commission consultative d'alors a négligé de nous faire connaître où la loi puisait sa source médicale et où nous pouvions l'apprendre.

C'est le triomphe de l'anonymat et par suite de l'irresponsabilité des commissions.

© BIU Santé

Ce qu'il faut retenir de la nouvelle loi, c'est qu'elle a ajouté au barème ancien qui tarifait surtout des blessures, toute la gamme des maladies appelées à devenir imputables. De là, la nécessité de reviser toutes les réformes faites depuis le début des hostilités et déclarées non imputables au service. De ce même fait, le nombre de maladies non imputables est devenu extrêmement réduit, toutes les discussions et contestations sont tombées et on peut dire qu'actuellement tout est imputable.

Il y a plus ; comme dans les conditions anciennes d'incorporation avant ou pendant la guerre, l'état antérieur était mal précisé même pour les yeux, on pouvait prévoir qu'on ne pourrait contester les aggravations invoquées par les porteurs.

Le rôle des experts chargés de rechercher l'origine est donc bien simplifié et l'on peut dire que tout le travail fait dans ce but avant 1919 a été complètement inutile.

La transformation de la réforme n°2 en n°1 a été faite en bloc sans distinguer les cas, d'où les abus inévitables auxquels les médecins ne peuvent qu'assister impuissants.

Exemple : un médecin âgé, resté à Lyon toute la guerre, mobilisé dans un hôpital, vivant et couchant chez lui, devient diabétique, il est imputable et indemnisé comme tel.

Un autre dans les mêmes conditions prend un cancer de la langue et meurt : sa veuve touche une pension.

On comprendra que je cite surtout des médecins et que je me borne à ces exemples. Nous en connaissons tous.

Le barème apparaît comme tellement choquant dans son esprit et ses dispositions que certains auteurs, comme Lemoine, ne voulant rien enlever aux soldats d'hier, voudrait le voir modifier pour les jeunes soldats venus depuis 1919. Le fait est assez significatif et juge bien la question de principe.

Les spécialistes se plaignent que l'on juge sur la seule acuité les oreilles et les yeux et estiment qu'il y a des facteurs peut-être moins mathématiques mais aussi déterminants à envisager pour apprécier la fonction.

On abuse peut-être aussi des infirmités multiples.

Pourquoi un tuberculeux avec bacilles passible de 100 p. 100 doit-il avoir une surpension s'il y a par exemple une laryngite tuberculeuse.

On pourrait dire comme pour la chirurgie qu'il s'agit de deux lésions sur le même membre.

On pourrait aussi critiquer le taux de 100 p. 100 appliqué à tous les tuberculeux avec bacilles quelle que soit l'étendue de leurs lésions, celles-ci étant pourtant certaines. Pourquoi cette sollicitude exceptionnelle pour les tuberculeux ?

On ne devrait pas faire entre en ligne leur avenir toujours incertain, car alors pourquoi ne pas donner 100 p. 100 à une angine de poitrine qui commande le repos et craint la mort subite.

Nous avons connu un temps où les symptômes des tuberculeux étaient tous tarifés suivant les crachats, la sueur, la diarrhée, la fièvre, le bacille, etc. C'était évidemment une manière, mais maintenant le bacille hypertrophié domine la scène indemnisable.

A juger un tuberculeux comme un amputé, on ne donnerait 100 p. 100 qu'à un tuberculeux fébrile et alité. Hors cette condition le tuberculeux n'est pas diminué intrinsèquement, quand il peut se lever et circuler, de la totalité de sa valeur physiologique et l'on ne peut qu'évaluer sa diminution stricte si l'on veut rester équitable par rapport aux autres catégories de malades ou de blessés tout aussi intéressants.

Il est bien sûr que la conclusion d'invalidité permanente n'est pas assez appliquée. Sous prétexte que la loi a fixé la permanence au bout de quatre ans, indépendamment du point de vue médical, on ne met personne permanent avant les quatre ans fatidiques. D'autre part, certains malades, les tuberculeux par exemple comme on l'a dit, sont toujours susceptibles de modifications, et ne devraient être mis permanents que très tardivement, sinon jamais.

Le point de départ de ces quatre ans est fixé aussi de façon instable.

On vous dit c'est la date de la première décision de réforme concernant cette invalidité, mais les changements d'armes ne comptent pas et si dans l'intervalle de ces quatre ans, le malade a eu une invalidité inférieure à dix p. 100, cette proposition remet tout en question.

Un exemple fera mieux saisir :

Un homme a eu une entorse en 1915, il est changé d'armes en 1915. En 1918 il est mis S X avec 10 p. 100. En 1921 il est maintenu S X inférieur à 10 p. 100. En 1922 S X avec 10 p. 100.

Si nous l'examinons en 1924, ses quatre ans nécessaires pour la permanence par l'article 7 ne comptent qu'à partir de 1922, et non de 1918 et encore moins de 1915.

Il s'agit pourtant de la même blessure depuis le début et l'on voit le nombre de visites qu'a subies cet homme depuis 1915 et si cette entorse doit être devenue incurable.

Voilà évidemment le rôle des circulaires trop nombreuses, et négligeant le point de vue médical pour être méticuleusement administratives.

En somme, la loi témoigne de bonne volonté de la part des auteurs du texte principal, du règlement d'administration et des circulaires qui ont suivi ; l'exagération de certaines dispositions est évidente et frise l'injustice parce qu'il s'agit avant tout de comparaisons.

***

LE MALADE. Il nous paraît bien inutile de préciser les intentions des auteurs qui font des critiques à la loi sur les pensions. Nul ne vise le blessé ou le malade qui est réel, imputable.

Évidemment, on pourrait souhaiter une différence entre le blessé auquel on a dit de sortir de la tranchée pour aller à l'assaut et le malade qui prend la fièvre typhoïde dans un cantonnement. Cette différence pourrait se marquer par des décorations monnayables ou par un pourcentage différent entre le fait de l'ennemi et le service commandé. Ce serait une prime au courage actif, or l'attribution des décorations s'est fait uniquement sur le taux de l'invalidité. On y viendra peut-être.

Il ne faut pas oublier qu'en médecine militaire quoiqu'on en dise, et les médecins qui ont fait leur service le savent bien, il faut souvent penser à la simulation ou à l'exagération C'est la conséquence de toute médecine soumise à un règlement de conclusion pécuniaire.

Il faut louer les médecins qui ont fait du zèle pour découvrir les simulateurs.

Ceci n'exclut pas la bienveillance et la sympathie pour le véritable blessé ou malade.

Je dirai même qu'elles en sont accrues et la recommandation de la Commission consultative d'user de bienveillance pour les postulants, écrite en tête du barème, rappelée dans les circulaires, me paraît évidemmeut superflue.

Quant à l'indignation légitime et méritoire que l'on peut manifester en face de mauvaise volonté évidente, c'est affaire de tempérament personnel : il y a encore des gens qui s'indignent !

Nous avions pensé que dans les associations de combattants, on ferait la chasse aux douteux et suspects, mais il semble qu'on encourage toujours les sujets à réclamer leur donnant ainsi une apparence de raison, laissant aux médecins du centre de réforme la charge et les inconvénients de réputation qu'entraîne le non-fondé.

Balthazard dit qu'il y avait des embusqués au front, mais enfin ils ne couchaient pas chez eux et ne faisaient pas leurs affaires comme ceux de l'intérieur.

Cela montrerait qu'il y aurait trois catégories au lieu de deux et démontre la nécessité des classifications.

A qui la faute de ces divergences et de ces confusions ?

Elle est dans la loi sur le recrutement et l'aptitude physique.

© BIU Santé

Cette loi vient d'être refaite et votée, elle est toujours dans les mêmes errements, elle amènerait les mêmes injustices.

L'aptitude physique doit comporter des catégories suffisantes, elle ne comporte que le service armé et le service auxiliaire. C'est bon au conseil de révision, c'est insuffisant au corps.

Nous l'avons déjà dit dans ce journal en 1920, le service auxiliaire doit comporter des catégories suivant l'aptitude et la destination.

Il y a bien pour le service armé une aptitude à l'infanterie, la cavalerie, l'artillerie, l'aviation, etc.

Pour le service auxiliaire, il devrait y avoir des catégories pour les ouvriers, les infirmiers, les employés de bureau, etc.

Ces catégories plus nombreuses permettraient de prendre le maximum de recrues, car avec l'expérience vécue, on sait que tout le monde peut jouer un rôle en cas de guerre, sauf les infirmes incapables de gagner leur vie dans la vie civile.

Si tout le monde joue un rôle, quel inconvénient y aurait-il à payer des pensions à tous suivant l'incapacité acquise ou aggravée ? On ne payerait plus de pensions imméritées, car tous auraient acquis des mérites.

L'auteur d'un projet récent sur la mobilisation des médecins se plaint à juste titre que l'aptitude physique laisse en dehors de l'armée des sujets qui font une clientèle très active et pourraient ainsi rendre des services à l'armée. Ceci est bien mon avis.

Au début de la guerre, on a vu des agrégés et des médecins des hôpitaux tenir un balai. Pour beaucoup il y avait de leur faute, et en tout cas, ils ont été mis en bonne place rapidement.

Ce qui montre bien qu'on peut toujours réparer une erreur et dans ce cas l'infériorité était plus pour les médecins qui avaient fait leur service du temps de paix.

Ces considérations pourraient être développées à l'infini ; mais ramenées au point de départ, à la critique de la loi de 1919, il faut conclure qu'on ne revisera certainement pas la loi, le mal est fait, le vin est tiré, il faut le boire.

Faut-il souhaiter, avec Lemoine, qu'on la modifie pour les soldats incorporés après 1919 ? Nous croyons qu'on ne peut le faire que si on modifie l'aptitude physique et les conditions du recrutement, sinon cela est inutile.

Nous pensons aussi que vu l'incertitude de pouvoir préciser l'origine réelle pour nombre de maladies ou blessures en service commandé, il faudrait donner des primes sous une forme quelconque aux blessures du fait de l'ennemi, au courage actif.

Quant au rôle des médecins experts en face de la loi telle que nous la voyons, il restera un rôle pénible et ingrat.

Le médecin doit faire abstraction de tout amour-propre, se résigner à voir ses appréciations et conclusions discutées, revisées, rejetées la plupart du temps par des confrères dont il pourrait récuser la compétence, comme ils pourraient récuser la sienne, puisqu'il y a peu de médecins experts utilisés selon leurs capacités particulières.

Le bon certificat est celui dont les conclusions relatives au barème sont justifiées par le libellé écrit au-dessus. Mais que ce libellé lui-même soit exact, il est difficile à l'heure actuelle de le contrôler, et en tout cas le contrôle n'existe pas systématiquement.

On vous dit que le médecin relève de sa conscience, oui mais il juge avec sa science.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les fistules lombaires après la néphrectomie,

D'après une leçon de M. le professeur LEGUEU.

Je vais parler aujourd'hui des *fistules lombaires après la néphrectomie*. Il y a là un sujet qui nous est spécial, à nous spécialistes ; j'insiste sur cette épithète : « *après la néphrectomie* », car je n'envisage aucunement les autres fistules, celles qu'on peut voir après les opérations rénales : c'est tout autre chose. Je dis : après la néphrectomie, c'est-à-dire après la suppression du rein ; il y a là des faits d'observation et de technique qui sont réellement spéciaux à cette opération et sur lequel il sera intéressant pour vous de posséder quelques notions.

Ces fistules sont de trois ordres : *purulentes*, *urinaires* ou *intestinales*.

I. — FISTULES INTESTINALES

A la suite de la néphrectomie, il peut y avoir des fistules intestinales ; et, en effet, les rapports du rein et de l'intestin sont suffisamment étroits, à droite et à gauche, pour que l'on conçoive facilement qu'au cours d'une opération rénale l'intestin puisse être déchiré. Souvent, du reste, il y a de la périnéphrite, qui établit une sorte de solidarité entre le gros intestin, à gauche, et la graisse périrénale ; par conséquent, les contacts sont ici intimes et on peut comprendre comment se réalisent des fistules. Voici le rein gauche ; le cæcum passe sur sa partie inférieure ; le gros intestin du côté gauche, enveloppe le rein. Du côté gauche, le contact entre le rein et le côlon est des plus intimes, et quand il existe une grosse périnéphrite fusionnant le rein avec l'intestin sus jacent, et que l'on pratique dans ces conditions une néphrectomie, il est très possible qu'une déchirure de l'intestin se produise, immédiatement ou secondairement. En réalité, la véritable déchirure est toujours une lésion immédiate. La lésion secondaire est plutôt une ulcération.

Du côté droit, c'est autre chose : le côlon ascendant est souvent au-dessous du rein ; aussi, la fistule intestinale y est-elle très rare. Quand elle se produit, elle est d'origine duodénale. Vous savez, en effet, quels sont les rapports entre le rein droit et le duodénum. De fait, les fistules intestinales que j'ai vues à la suite de la néphrectomie du côté droit ont toujours été des fistules duodénales ; elles peuvent résulter d'une attraction du duodénum au cours de l'opération et d'une ligature mise sur celui-ci. Ces fistules duodénales sont le plus souvent des ulcérations antérieures du duodénum par la maladie tuberculeuse qui a été généralement le point de départ de la néphrectomie.

Ces fistules sont heureusement rares, car elles sont une complication très grave, du côté droit. Je ne l'ai rencontrée qu'une fois. Le malade est mort par dénutrition, parce que toute la bile s'échappait par la plaie lombaire. Cependant, il existe dans la science quelques observations de guérison d'ulcération duodénale à la suite de la néphrectomie. Quoi qu'il en soit, les fistules de ce côté revêtent un caractère particulièrement exceptionnel.

Du côté gauche, au contraire, les fistules sont assez fréquentes, relativement. Pour ma part, sur environ quinze cents néphrectomies que j'ai faites, j'ai bien vu 8 à 10 fistules intestinales consécutives : ce sont toujours des fistules coliques, se produisant, par exemple, au niveau de l'angle du côlon ; alors la région est contaminée par les matières, quelquefois même la totalité des matières s'écoule au dehors.

Ces fistules ne sont pas graves au point de vue de l'existence, mais troublantes, parce que difficiles à guérir : à part

© BIU Santé

de rares exceptions, dans lesquelles ces fistules se guérissent spontanément, il faut généralement, presque toujours, on peut le dire, pratiquer une opération. Autrefois, et jusqu'à ces derniers temps, l'opération qu'on faisait en pareil le circonstance était l'iléo sigmoïdo-tomie, c'est-à-dire l'entéro-anastomose. L'opération faite directement sur la fistule, consistant à la disséquer et à la suturer par la voie lombaire, n'a jamais donné un résultat heureux. Ce qu'il faut, c'est une opération indirecte. L'iléo-sigmoïdostomie est une opération de ce genre : on prenait l'intestin grêle au point où il se rend au cæcum, et on l'abouchait dans l'S iliaque ; dans cette opération, on ne touchait pas à la fistule, et on établissait une dérivation par entéro-anastomose.

Quelquefois, c'était insuffisant, et il fallait arriver à l'exclusion unilatérale de l'intestin. C'est ainsi que l'on a exclu le côlon ascendant, le côlon transverse. Même dans ces cas-là, ces opérations étaient imparfaites dans leurs résultats ultérieurs, car, chose curieuse, il y avait pendant longtemps un reflux des matières de la fistule inférieure vers la région lombaire, et, s'il est vrai que ces fistules lombaires se guérissaient avec l'iléo-sigmoïdostomie, au moins elles se guérissaient lentement, et aujourd'hui on peut faire mieux. En pareil cas, nous pratiquerions une résection du côlon, commençant par une colectomie partielle, et terminant l'opération par une colostomie termino-terminale, en rapprochant les deux bouts. C'est, en somme, la suppression de la fistule et de la région correspondante du côlon.

Récemment, j'ai rappporté à la Société de Chirurgie une observation de ce genre, la première peut-être de côlectomie partielle, due à M. Chaton, de Besançon, et suivie de guérison de la fistule.

***

II. Fistules urinaires.

Si étrange que le fait paraisse, on peut voir des fistules urinaires après la néphrectomie. Comment cela est-il possible ? Il y a des individus qui, à la suite de la néphrectomie, rarement, heureusement, mais quelquefois cependant sont susceptibles d'uriner une partie ou même la totalité de leurs urines par la plaie lombaire : déception cruelle pour eux, et pour le chirurgien qui croyait avoir guéri son malade, lorsque, après quelques jours, il voit sur le pansement la trace des urines. Quand le malade contracte sa vessie, l'urine sort par la plaie lombaire, parfois en totalité, mais généralement ce n'est qu'une sortie partielle ; il y a au moment de la miction des urines qui sortent par la plaie lombaire, tandis que le reste s'évacue par l'urètre : la fistule est partielle et non totale.

C'est un fait que beaucoup de chirurgiens ont observé. Toutefois, ces fistules urinaires ne semblent pas aussi fréquentes que les fistules intestinales ; j'en ai observé 4 ou 5 cas, alors que je crois bien avoir rencontré une douzaine de fistules intestinales environ.

Comment ces fistules peuvent-elles se produire ? Il est évident qu'après une néphrectomie on met une ligature sur l'uretère. On pourrait penser que ces fistules se produisent dans les cas où un uretère a échappé, où il s'est rétracté au fond de la région lombaire. Non, la fistule se produit aussi bien dans les cas où l'on fait la ligature de l'uretère. Il faut, il est vrai, des altérations spéciales : d'abord, un gros calibre de l'uretère, ensuite une forçure de l'orifice urétéral. Ceci se produit dans des cas de cystite tuberculeuse, avec ulcération large de l'orifice urétéral, qui permet au contenu de la vessie de remonter sous l'influence des contractions de celle-ci à travers le calibre perméable de l'uretère. Ceci se produit, par exemple, avec la dilatation congénitale de l'uretère. Il se peut qu'on ait pratiqué la néphrectomie pour une hydronéphrose

En général, les fistules de ce genre guérissent spontanément. La preuve en est fournie par le fait suivant : je n'ai jamais été obligé qu'une fois d'intervenir, j'ai tenté de mettre une ligature plus profonde ; toute ligature, même au voisinage de la vessie, fut impossible. Et bien, la fistule a guéri spontanément, quand on pouvait croire que la fistule lombaire se ait remplacée par une fistule pelvienne, tant il est vrai qu'en médecine la logique n'a pas toujours raison et que ce sont les faits qui jugent.

En somme, en présence de cette complication, constituée par une fistule urinaire après la néphrectomie, on attendra de 1 mois à 6 semaines ou 2 mois ; dans cette période, la guérison pourra s'établir ; si la fistule persiste au-delà de cette période, il faudra pratiquer une urétérectomie totale, une ligature de l'uretère au contact de la vessie.

***

III. Fistules purulentes.

Ce n'est pas la septicémie gangréneuse. Ces fistules purulentes après la néphrectomie se produisent dans deux conditions : chez des malades qui ont eu une réunion parfaite par première intention, au bout de trois à six semaines environ, la plaie est rouverte ; en même temps, la température s'élève à 38°2.

Il y en a d'autres qui réunissent moins heureusement. Je ne parle pas des cas dans lesquels il y a une désunion de la plaie : c'est une complication infectieuse qui se produit de temps à autre, mais ceci est commun à toute la chirurgie, tandis que j'envisage des faits particuliers à notre domaine urologique. Et bien, vous avez mis un drain dans la plaie. La plaie va commencer à suppurer et continuera ainsi pendant très longtemps, pendant 2, 4 mois, et même jusqu'à 18 mois ! Au delà de ce temps, la guérison a lieu ; mais elle peut aussi se produire plus tôt.

En somme, à la suite de la néphrectomie, on peut voir pendant plusieurs mois une petite suppuration suinter au niveau de la plaie, et il y a là quelque chose de très différent de ce qui se passe par toutes les opérations chirurgicales.

Prenons, par exemple, l'opération d'appendicite à froid. On sait que la plaie suppure quelquefois, et on en rend responsable le catgut : il apparaît un peu de rougeur et de douleur, quelques gouttes de pus sortent, mais jamais il n'y a de fistule durable, en 8 ou 12 jours la guérison survient, tandis qu'après la néphrectomie, ce sont des suppurations prolongées pendant 4 et 5 mois, ou plus. Pourquoi cette différence ? C'est une différence d'asepsie.

La première chose à rechercher, quelle que soit la cause d'une fistule, c'est le corps étranger, c'est-à-dire le fil. Ce n'est pas le catgut. Le catgut détermine bien la suppuration, mais non la fistule. C'est la soie avec laquelle on doit lier le pédicule ; celui ci constitue une masse considérable et indurée, comprenant du tissu fibreux, sclérosé et, au centre, des vaisseaux plus ou moins oblitérés et l'urètre. Le catgut ne « mord » pas sur le tissu ferme. La mise d'une pince à demeure est une défectuosité de technique qu'il convient d'éviter le plus possible. Je mets un fil de soie, mais de soie grosse, volumineuse, avec laquelle on peut serrer suffisamment la masse de tissus scléreux. Cette ligature étant faite, on enlèvera le rein par morcellement, la partie supérieure d'abord, puis l'inférieure, et enfin la moyenne, en laissant au-delà du fil un gros champignon pour maintenir une striction solide et puissante, sans que le fil risque de s'échapper. L'inconvénient, c'est qu'en laissant ainsi un ou deux gros fils autour d'un pédicule, ce sont autant de foyers de suppuration. Actuellement, j'ai pour règle de laisser deux grands bouts de fils sortir à l'extérieur, afin d'enlever les fils au moment où le malade sort de l'hôpital, après trois semaines. l'avant-dernier jour, je rouvre l'angle supérieur de la plaie, et je tire sur les fils, en me faisant aider, de manière à les enlever,

Il y a donc un inconvénient à laisser des fils dans la plaie, mais il est compensé par des bénéfices tellement considérables qu'il faut continuer à les laisser, avec cette réserve qu'au lieu d'attendre des complications fistuleuses, il convient de les retirer systématiquement de bonne heure, après avoir pris soin de laisser leurs chefs pendre à l'extérieur.

© BIU Santé

Voilà une première cause de fistule, cause d'ailleurs voulue, recherchée. Il y a une deuxième cause que j'ai constatée, c'est l'existence de ce que j'appellerai un corps étranger dans la plaie. Je n'ai jamais vu de compresse, mais c'est un incident possible. Vous avez sans doute entendu parler de faits de ce genre dans les opérations abdominales. Récemment on a découvert, grâce à une radiographie, une pince à forcipressure qui était restée pendant douze ans dans un abdomen.

Mais voici le fait dont je parle. J'ai eu l'occasion de voir un malade qui avait été néphrectomisé par un de mes collègues et qui présentait dans la région lombaire une suppuration fétide. De plus on percevait dans la région paraombilicale un empâtement induré. Je suis allé dans la région pelvienne, et là j'ai trouvé un uretère, comme cela arrive quelquefois, enveloppé d'une coque de péri-urétérite ; chose curieuse, après avoir ouvert celle-ci, on trouvait un uretère facilement isolable et énucléable, lisse, mais cet uretère se terminait en haut par un morceau de bassinet, qui avait été laissé. Or, le bassinet est un tissu incicatrisable ; le bassinet ne s'atrophie pas après la néphrectomie. C'est un corps étranger qui reste et qui, dans ce cas-là, était cause de la péri-néphrite après néphrectomie ; de sorte que j'ai pu guérir ce malade en supprimant le morceau de bassinet.

Il y a d'autres causes de fistules. Il y a l'uretère. La majorité des chirurgiens qui observent des fistules après la néphrectomie les attribuent à des fistules urétérales. Aussi pendant longtemps, a-t-on proposé comme thérapeutique générale de ces fistules, l'urétérectomie totale, ou les cautérisations avec des fils électriques allant jusque dans la vessie, de façon à amener l'oblitération de l'uretère ; d'autres ont pratiqué l'urétrostomie du bout supérieur de l'uretère dont on a enlevé le rein.

Mais l'uretère est rarement cause d'une fistule. Le mieux est simplement d'enlever ce que l'on peut de l'uretère au cours de la néphrectomie et de faire une ligature dans la partie profonde. Généralement, les fistules dont nous avons à nous occuper ont d'autres causes. Cependant l'uretère est une cause possible, mais ce n'est pas une cause fréquente.

Après le fil, après le corps étranger et après l'uretère, il y a encore d'autres causes. Il y a lieu de distinguer deux catégories de fistules : les unes sont sous-cutanées, les autres profondes, c'est-à-dire venant de la région lombaire

Les fistules sous-cutanées sont des fistules graisseuses, qui se produisent dans la graisse sous-cutanée, et qui sont un peu analogues à celles qui se produisent à la suite de la laparatomie ; elles tiennent sans doute à l'inoculation tuberculeuse.

Les fistules profondes sont dues à l'infection tuberculeuse de la graisse péri-rénale.

Les fistules après néphrectomie n'existent pas seulement dans la tuberculose, mais c'est dans les néphrectomies pour tuberculose qu'elles sont le plus fréquentes. Elles ne se produisent pas dans les mêmes proportions après les néphrectomies pour calculs, ou pour hydronéphrose ; ou pour cancer.

Quand on enlève un rein pour tuberculose, la graisse péri-rénale est toujours infectée de quelques granulations tuberculeuses. Etant donnée la faible résistance du tissu graisseux, ébranlé par l'opération, les foyers bacillaires s'y développent facilement. J'ai du reste montré que même lorsque la surface du rein est lisse et indemne, il y a des granulations tuberculeuses dans la graisse péri-rénale. Voilà des raisons suffisantes des fistules dont je parlais tout à l'heure.

Le drain est encore une cause de fistule. Le drain apporte plus d'affection secondaire qu'il n'en élimine. Après avoir pendant longtemps pratiqué le drainage, nous avons acquis la conviction qu'il semble établir une communication avec l'extérieur d'un foyer graisseux qui se défend mal. Aussi, actuellement, nous pensons qu'il y a plus d'intérêt à ne pas mettre de drain qu'à en mettre. Nous fermons la plaie, nous y versons un sérum glucosé, qui supprime l'air nous assurons l'hémostase et donnons une injection immédiate.

En présence d'un malade atteint d'une fistule ancienne, par exemple deux ans après une néphrectomie, allez-vous rouvrir la plaie, faire un grattage ? Non. Vous devez avoir noté sur un cahier les détails de l'opération et des soins. Y a-t-il un fil ? Non, il n'y a pas de fil. Dans ce cas, il faut attendre : cette fistule se fermera, plus ou moins tôt. Contentez-vous de faire de temps à autre une injection de goménol, un lavage extérieur à l'alcool ; mais pas d'intervention ; s'il n'y a pas de corps étranger, la fistule se fermera toujours, parce qu'elle tient à des conditions éventuelles qui s'améliorent avec le temps.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

LA VIE MEDICALE A L'ÉTRANGER

La clinique neuropsychiatrique de Cracovie

Dans l'œuvre de réorganisation que poursuit la Pologne, à côté de préoccupations politiques, financières et économiques, se dessine un effort des plus nets, qui tend à rendre aux centres universitaires l'éclat et la renommée qu'ils connurent autrefois. La République Polonaise affranchie, ne pouvait se consacrer à la réorganisation de son pays, sans que cette restauration ne se fît sentir dans les milieux intellectuels et scientifiques.

Ce pays apparaît, dès à présent, doté de certains établissements universitaires modèles. Parmi ceux-ci l'un des plus remarquables apparaît la clinique de neuro-psychiatrie de Cracovi , dont les plans furent élaborés peu de temps avant la guerre par le Professeur Dr Jan Piltz.

A la réalisation de cette tâche le Professeur Piltz apporta la contribution toute personnelle de son expérience, en même temps qu'il sut utiliser de nombreuses observations faites au cours de voyages successifs en Suisse et dans les pays de langue allemande.

A certains égards, en effet il s'est souvenu de l'organisation des services des Professeurs Bleuer de Zurich, Forel, Mahaïm de Lausanne ; il s'est inspiré des plans des cliniques allemandes de Munich, de Berlin, des cliniques Autrichiennes de Vienne, de Gratz. Mais s'il a su tirer parti des méthodes germaniques, le Professeur Piltz n'en demeure pas moins fidèle à nos méthodes cliniques avec lesquelles il s'est familiarisé dans le service du Professeur Déjerine, dont il fut l'élève.

Cette clinique, achevée en juillet 1914, relève directement par l'intermédiaire de la Faculté de médecine de Cracovie du ministère de l'Instruction publique de Varsovie.

C'est un centre d'enseignement et de recherches et non un établissement hospitalier. Elle se distingue de ce fait de l'hôpital général de la ville, qui dépend du Ministère de la Santé Publique.

Située à la périphérie de Cracovie, dans le quartier médical, la clinique du Professeur J. Piltz répond par son entrée à la rue Copernic ; sur ses autres faces elle est environnée de jardins : jardins du couvent des Carmélites, jardin botanique. Elle comprend trois pavillons, orientés dans le même sens et réunis par un couloir médian : pavillon des nerveux organiques, pavillon des « intermédiaires » (toxicomanes etc...), pavillon des psychopathes.

Dans chaque pavillon une division est affectée aux femmes, une autre aux hommes ; il s'y trouve en outre de confortables chambres pour pensionnaires.

Les malades sont admis et triés à la Policlinique, bureau des entrants et salle de consultation.

Dans ces trois bâtiments se trouvent répartis les locaux indispensables à la vie même de la clinique, à l'hygiène

© BIU Santé

et au traitement des malades : cuisines, lingerie, buanderie dans le sous-sol ; salle d'hydrothérapie, salle de physiothérapie comprenant les appareils les plus modernes et les plus perfectionnés.

Au nombre des installations destinées au traitement des malades, il convient d'ajouter l'atelier de rééducation et de travail. De nombreux travaux de menuiserie y sont effectués. Les objets fabriqués, pour la plupart joujoux de type suédois, sont vendus au bénéfice de la clinique.

Les trois pavillons sont entourés d'un jardin, lui même divisé, en sorte que chaque division possède son jardin propre.

En avant du premier pavillon, tout à côté de l'entrée, se dresse l'élégante et confortable villa du Professeur-Directeur. Le Professeur J. Piltz, en effet, n'assure pas seulement le service médical de la clinique : il est en même temps directeur et secondé dans cette tâche par l'administrateur, Monsieur Proszowski. Cette organisation tout à fait heureuse, permet au professeur d'habiter sa clinique même, dans la villa qu'il loue à l'Etat.

Les assistants, au nombre de sept, sont également logés dans la clinique où leur séjour se trouve en principe limité à six ans. Suivant l'habitude adoptée par les pays de langue allemande, ils sont proposés par le professeur et nommés par la Faculté.

Le personnel infirmier de chaque division comprend une infirmière chef et quatre soignantes ou « abeilles simples » chaque infirmière doit être disponible à toute heure du jour ou de la nuit. Elle bénéficie d'un jour de repos sur quatre.

Les infirmières chef dépendent de la surveillante de la clinique. Trois garçons sont, à tour de rôle, infirmiers de garde.

***

Cette Clinique neuro-psychiatrique, ainsi conçue et organisée n'est pas un établissement hospitalier : ce rôle est dévolu à l'hôpital général de la ville. Elle doit assurer une double tâche : l'examen des malades qui se présentent à sa consultation, l'enseignement des étudiants qui suivent les cours de neurologie de la Faculté ; elle est organisée enfin en vue de poursuivre des recherches cliniques et expérimentales.

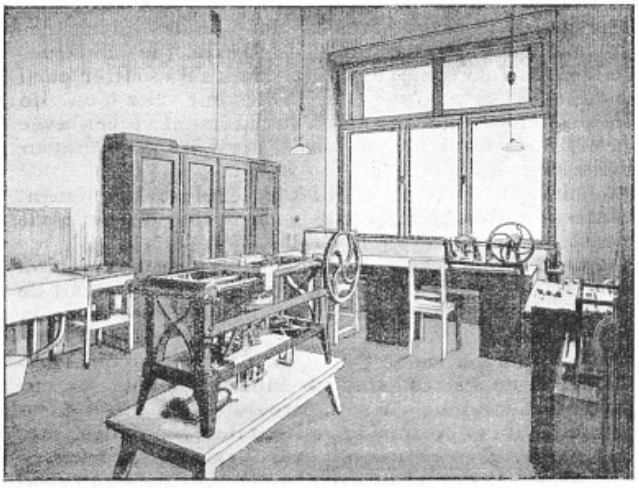


Fig. 1. — Le laboratoire d'anatomie du cerveau.

A la Policlinique se présentent environ trente à quarante consultants par jour. Ceux-ci viennent non seulement de Cracovie et des alentours de la ville, mais encore des territoires qui correspondent à l'ancienne Galicie occidentale et à la Haute-Silésie. D'après leur intérêt, ou les difficultés de leur examen, ces malades sont maintenus à la Clinique ou dirigés sur l'hôpital. Le Professeur, peut à son gré conserver dans ses divisions des malades d'un même type, s'il désire à propos de ceux-ci poursuivre une étude spéciale.

Cette clinique est également un centre d'enseignement. Deux à trois cents étudiants y suivent deux fois par semaine des cours de neurologie durant le semestre d'hiver, des cours de psychiatrie durant le semestre d'été. A cet effet, dans l'un des pavillons est installé un petit amphithéâtre « auditorium », où sont présentés les malades et professées les leçons. Les étudiants ne fréquentent que l'amphithéâtre. Seuls quelques bénévoles ou des étudiants à la fin de leurs études peuvent examiner les malades des divisions ou fréquenter la Policlinique.

Cette organisation limite nécessairement le rôle didactique de la clinique, mais elle laisse toute liberté aux assistants qui peuvent, en dehors des soins hospitaliers se consacrer entièrement à leurs travaux. Envisagée de cette façon, cette clinique neuro-psychiatrique constitue avant tout un centre d'investigation scientifique.

Dans ce but, elle se trouve richement dotée des installations les plus modernes. Chaque assistant possède un laboratoire. Il est tenu d'y effectuer des recherches. Il est responsable du matériel mis à sa disposition. Chacun de ces laboratoires présente une orientation spéciale. Deux sont destinés a l'étude anatomo-pathologique du système nerveux. Dans l'un sont étudiées les lésions en foyers spino encéphaliques, et les altérations des grandes voies nerveuses, dans l'autre la cytologie fine et plus particulièrement l'histo-pathologie de l'écorce cérébrale. Au laboratoire de physiologie est annexée une salle d'expérimentation. Un laboratoire de psychologie très richement aménagé dispose de l'instrumentation la plus moderne. Le laboratoire de sérologie est surtout destiné à l'étude du liquide céphalo-spinal. La clinique enfin ; possède en outre un laboratoire de chimie et une salle de microphotographie.

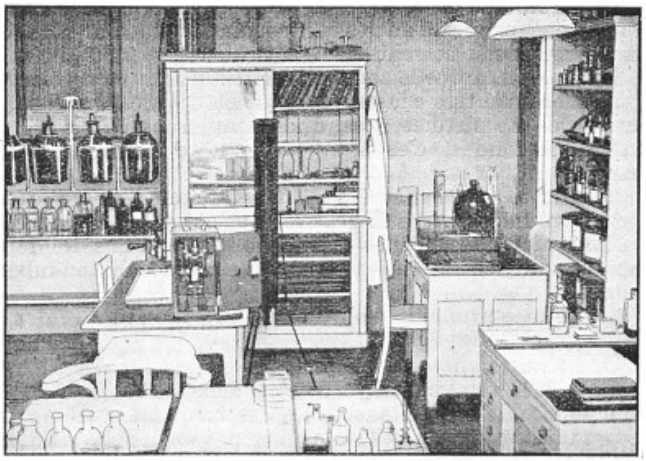


Fig. 2. — Le laboratoire d'histopathologie de l'écorce cérébrale.

Deux garçons sont affectés aux laboratoires ; l'un d'entre eux, le « laborant » s'occupe tout spécialement des besognes techniques.

Le Professeur J. Piltz tient encore à parfaire son œuvre par l'aménagement des locaux, Bicêtre et Salpêtrière en miniature, susceptibles d'hospitaliser deux cents malades atteints d'affections chroniques du système nerveux.

***

Il n'y a pas que l'installation de cette clinique qui soit digne d'attention, mais encore son organisation : c'est un établissement d'Etat et à ce titre subventionné. Toutefois les charges de Ministère de l'instruction publique sont allégées par les ressources personnelles de la clinique. Si

© BIU Santé

l'on excepte dix lits réservés aux indigents, tous les malades admis sont payants et à ce point de vue répartis en trois classes.

Les malades dits de troisième classe, de beaucoup les plus nombreux payaient à la date du 1er septembre 30.000 m. p. par jour (2 frs. environ) ; les malades de deuxième classe 70.000 m. p. ; quant aux pensionnaires, malades de première classe, répartis dans les vingt chambres de la clinique, il leur était réclamé une indemnité journalière de 150.000 m. p.

Dans cet établissement règnent un calme, un silence presque absolus. Les infirmières ne peuvent parler dans les couloirs sans risquer le renvoi après deux avertissements. Toutes réflexions, toutes critiques, doivent être consignées par écrit afin d'être discutées au rapport qui réunit chaque jour à midi le Professeur et ses assistants. Là sont envisagées toutes questions, aussi bien administratives que cliniques ou expérimentales.

La Clinique du Professeur Jan Piltz, achevée la veille de la guerre, mise pendant cinq ans à la diposition de l'Armée comme centre de triage et de traitement des affections du système nerveux, dut effectuer une tâche considérable. Elle apparaît aujourd'hui comme un merveilleux instrument d'études et de recherches scientifiques. Et l'on peut s'attendre que, sous l'impulsion du Professeur qui la dirige, elle continue à faire œuvre utile ; et à contribuer pour une large part à la renommée scientifique de la Pologne rénovée et indépendante.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

De la valeur diagnostique de la réaction de Friedberger dans le typhus exanthématique.

Le pouvoir agglutinant que le sérum des malades atteints de typhus exanthématique exerce vis-à-vis des cultures de micrococcus melitensis (Ch. Nicolle et Ch. Comte) ou du b proteus vulgaire (réaction de Weill Félix) permet, indépendamment de l'inoculation à l'animal réactif (Ch. Nicolle) d'utiliser des moyens de diagnostic non spécifiques.

La réaction que Friedberger et von der Reis ont préconisée apparaît une modalité des précédentes. Ces auteurs injectent dans le derme 1 cc. d'une émulsion de culture de proteus X 19 âgée de 24 heures, et chauffée deux heures à 50° ou 70°. Cette intradermoréaction ne déterminerait dans le typhus exanthématique ni réaction locale, ni réaction générale, au contraire de ce que l'on observe dans nombreuses pyrexies et la typhoïde en particulier.

L'intérêt pratique de cette méthode, séduisante par sa simplicité, a suscité un certain nombre d'expériences de contrôle. Les résultats obtenus par MM. Delamare, Tapia et Achitow, ont fait l'objet d'une série de communications.

Ces auteurs, dans l'ensemble, ont constaté, à la suite de l'injection, une réaction locale constante, qu'il s'agisse d'un typhique ou d'un témoin. Un nodule rouge apparaît, quelque peu douloureux, et dont la consistance et la durée sont souvent proportionnelles à la dose de culture utilisée. Dans certains cas même, ce nodule dermique s'entoure d'une auréole violacée surmontée de nombreux sudaminas ; il peut même déterminer l'apparition d'un abcès aseptique. En raison de sa fréquence même, cette réaction n'offre aucun intérêt diagnostic.

Les phénomènes réactionnels généraux, par contre, semblent présenter diverses modalités : ils n'ont été observés dans l'ensemble que 5 fois sur 19 cas de typhus (26, 36 p. 100 des cas) alors qu'ils apparurent avec une intensité variable, mais de façon constante chez 43 témoins. L'absence fréquente de ces phénomènes réactionnels chez les exanthématiques mérite d'être opposée à l'intensité particulière qu'ils peuvent présenter au cours de diverses pyrexies, en particulier chez les tuberculeux fébriles, cachectiques (Achitow) et les sujets éberthiens (Delamare). Parfois même, cette réaction est trop violente pour ne pas constituer une objection à l'utilisation de la méthode : frissons, acroasphyxie, puis courbature généralisée, sueurs abondantes, tachycardie, hyperthermie, hyperesthésie, parfois herpès labial consécutif et même desquamation furfuracée localisée à la région de la paroi abdominale où siège le nodule.

Il semble difficile d'invoquer, dans le but d'expliquer ces modalités réactionnelles, le rôle d'une anergie des exanthématiques vis-à-pvis des albumines du proteus. Cette réaction, en effet, peut être nulle chez des témoins robustes et revêtir une intensité toute particulière chez les cachectiques. Dumitresco-Mante, a montré d'autre part chez les typhiques exanthématiques, que les cuti-réactions à la tuberculine et au proteus ne présentaient aucun parallélisme.

Le caractère des accidents observés chez certains malades peut évoquer l'idée d'un choc albuminoïde déclanché par les protéines microbiennes. Et ce fait conduirait à admettre que le sérum des exanthématiques serait en état d'équilibre colloïdal particulièrement stable, contrastant avec la sensibilité que présente le sérum des tuberculeux vis-à-vis des causes déchaînantes les plus diverses.

Il est possible enfin que l'épreuve de Friedberger fournisse simplement des résultats positifs ou négatifs suivant que les malades ont été, ou non sensibilisés vis-à-vis des toxines du proteus par une atteinte antérieure. En admettant que l'expérimentation vienne confirmer cette hypothèse, la réaction de Friedberger n'aurait que le mérite de déceler une infection par le b. X 19 surajoutée à l'infection qu'occasionne le virus inconnu du typhus éxanthématique.

Quel que puisse être l'intérêt de ces considérations théoriques, les diverses expériences de contrôle qu'a suscitées la réaction de Friedberger s'accordent pour montrer que la valeur diagnostique de cette méthode est trop incertaine pour que la clinique puisse retirer un bénéfice certain de son emploi.

La paralysie générale des vieillards.

La paralysie générale n'est pas rare chez les vieillards. Elle peut n'offrir aucun symptôme nouveau permettant d'en faire une forme clinique spéciale. C'est alors, dit M. Carrette (Thèse de Paris, 1923), simplement une paralysie générale tardive ; elle est exceptionnelle après 70 ans, évolue d'une façon assez rapide (un an et demi en moyenne) et peut apparaître 45 ans, et même davantage, après l'accident syphilitique initial.

Elle peut — moins souvent — réaliser une forme clinique parfois difficile à reconnaître : c'est la *paralysie générale à forme sénile*.

Longtemps discutée et méconnue par les auteurs, qui la confondaient avec les démences séniles et artério-scléreuses, elle apparaît vers 65 ans et évolue rapidement, sans rémissions.

Elle est caractérisée par une démence ayant les allures de l'affaiblissement sénile : diminution de la mémoire portant sur les faits récents, affectivité et jugement également diminués, conservation relative de la conscience d'un état morbide et du sens moral ; l'absence fréquente de délire ; une dysarthrie atypique, des signes de localisation de la édémence à foyers circonscrits (paraphasie, agnosie, etc.).

Le syndrome humoral est constamment positif, un peu atténué, et constitue l'élément capital du diagnostic.

Aux lésions inflammatoires diffuses constantes, s'associent des désordres anatomiques, relevant fréquemment de l'athéromasie cérébrale.

Chez les tabétiques âgés, l'apparition de l'affaiblissement psychique pose également le problème d'une association possible tabo-paralytique.

Il ne faudra pas la confondre avec la démence sénile des vieillards tabétiques.

L'étude de l'affaliblissement mental est insuffisante à établir un diagnostic.

L'existence de la paralysie générale sera souvent reconnue par l'étude des modalités du syndrome humoral.

© BIU Santé

La sacralisation douloureuse de la cinquième vertèbre lombaire

La sacralisation de la 5e vertèbre lombaire, dit M. Meynadier (Thèse de Paris, 1923), est d'une grande fréquence au point de vue anatomique . Elle coïncide parfois avec un spina bifida postérieur.

La sacralisation maladie est d'une rareté qui peut être opposée à la fréquence de la sacralisation anatomique.

La pathogénie de la sacralisation douloureuse n'est probablement pas unique. Mais les cas graves correspondent très probablement à une atteinte de la 5e racine lombaire, à l'étroit dans le 5e trou de conjugaison.

La symptomatologie de la sacralisation douloureuse est riche, variée, variable. Le syndrome de Bertolotti n'en conserve pas moins une valeur relative.

Le diagnostic ne peut être porté qu'après examen minutieux du sujet. Avant d'admettre la sacralisation douloureuse il faudra éliminer avec soin toutes les affections pouvant la simuler. La radiographie sera d'un précieux appoint dans l'établissement de ce diagnostic différentiel. Indispensable pour affirmer le diagnostic, elle doit être faite d'après une technique rigoureuse, elle ne fait pas à elle seule le diagnostic.

Seules seront opérées les sacralisations authentiques, sans lésions associées autres que scoliose pure, complète, à symptomatologie sérieuse. On se souviendra que certaines sacralisations très accentuées, avec fusion partielle avec l'aile sacrée et qui peuvent être parmi les plus sévères, peuvent n'être pas opérables.

Les résultats obtenus dans les cas opérés sont,dans l'ensemble, nettement favorables (Mauclaire).

Action de la vaccinothérapie sur les otites infantiles.

M. Brindel. (*Rev. de laryngologie, otologie et rhinologie*, 31 décembre 1923) a appliqué la vaccinothérapie à trente-quatre enfants porteurs de quarante-trois suppurations auriculaires.

Sur quinze *otites externes*, il a obtenu douze guérisons ra

Chez trois malades porteurs d'*otite moyenne*, le résultat n'a guère été brillant. Dans un cas où une otite externe furonculeuse accompagnait une otite moyenne aiguë suppurée, 4 cc. de propidon en deux injections ont eu raison de l'écoulement. Dans les deux autres cas, le vaccin n'a donné aucun résultat et n'a pas empêché les complications.

Sur vingt-quatre *otorrhées chroniques* chez dix-sept enfants, la vaccinothérapie a donné quatorze insuccès et dix guérisons.

En somme :

1° *Action réelle* de la vaccinothérapie sur les otites externes furonculeuses ;

2° Action plutôt néfaste sur les otites aiguës ;

3° Action très variable et souvent peu efficace sur les otorrhées crhroniques.

Quarante-trois greffes du singe à l'homme

C'est en 1898, au cours d'un séjour en Egypte, que le Dr Voronoff eut l'intuition, d'après ce qu'il raconte (1 vol. in-8°, Doin, 1924), du rôle que le testicule pouvait jouer comme animateur de l'organisme ; et c'est en 1901, qu'il songea à remplacer le testicule, affaibli par l'âge, par des testicules jeunes et en pleine activité.

En 1917 seulement, il put procéder à l'expérimentation sur les animaux : boucs et béliers.

Ayant greffé dans les bourses de vieux béliers des fragments des testicules empruntés à de jeunes béliers de 2 ou 3 ans, il a vu l'appétit revenir, les forces s'accroître chez ces vieux béliers qui redevenaient jeunes d'allure, belliqueux, agressifs. Mêmes résultats chez de jeunes boucs castrés puis greffés.

La difficulté de se procurer des greffons rendait la méthode peu applicable à l'homme. S'inspirant de la similitude de constitution humorale et tissulaire entre l'homme et les singes anthropoïdes, M. Voronoff fit, le 12 juin 1920, sa première homéogreffe. Il a en fait depuis 52 ; il n'apporte dans son livre que les observations des 43 premières, les autres étant trop récentes pour permettre un jugement. Aux 32 dernières ont « collaboré » (le mot est de M. Voronoff). MM. Baudet et Dartigues. Sur ces 52 greffes, 7 se trouvent être des médecins (3 Français), ce qui est curieux à noter, mais ne signifie rien, les médecins, comme tous les humains, étant capables d'illusionisme.

Quels ont été les résultats de ces greffes ? M. Baudet l'a dit au Congrès de chirurgie.

« La greffe testiculaire fait sentir ses effets en améliorant à la fois les forces intellectuelles, physiques et génitales.

Les forces intellectuelles, surtout la mémoire paresseuse, deviennent plus vives, l'aptitude du travail plus facile, et la résistance au travail plus grande, plus durable.

Les forces physiques aussi s'améliorent. Cette amélioration de la santé générale se manifeste dès la troisième semaine environ, dans la physionomie, le regard, les gestes ; en un mot, les opérés paraissent plus virils. Ils maigrissent de 5 à 7 kilos en 2 ou 3 mois ; leur tension artérielle, dans le même temps tombe de 22 max. à 15 et 14. La force musculaire mesurée au dynamomètre augmente sensiblement ».

Quant à la renaissance génitale, elle paraît à M. Baudet être moins marquée ; les greffés accusent surtout un accroissement de leur puissance intellectuelle.

M. Baudet voit la raison de ces améliorations dans les substances sécrétées par le testicule. Ces substances jouent le rôle d'un excitant, mais ne peuvent amener la régénération d'un testicule mort depuis longtemps.

Ces greffes vivent. M. Voronoff l'avait supposé au début de ses recherches. Il l'a constaté dernièrement avec M. Retterer. Des greffons déjà vieux de 15 mois, enlevés et examinés, avaient conservé à peu près leurs dimensions primitives et leur structure glandulaire. Il semble donc admissible qu'ils aient conservé une fonction glandulaire pendant 15 mois ; M. Voronoff estime, d'après ses observations, que cette fonction peut se maintenir au moins trois ans.

La méthode appliquée par M. Voronoff en est à ses débuts. Elle a été accueillie et jugée avec passion. On a trop oublié à propos d'elle, le *nil mirari nil*..... Laissons au temps, le soin de fixer sa valeur et espérons qu'il en restera autre chose que les deux spirituels dessins d'Abel Faivre. M. G.

Les chenilles venimeuses et les accidents éruciques

Il existe en France un certain nombre de chenilles cliniquement venimeuses. M. Georges Lapie qui les a étudiées (1), a constaté que certaines de ces larves présentent, à la partie antérieure du corps, un réservoir renfermant un liquide corrosif qu'elles peuvent projeter à distance, mais les espèces nocives les plus répandues sont les chenilles à poils urticants ; certaines d'entre elles possèdent de plus des verrues dorsales sécrétant un produit irritant.

Les *chenilles processionnaires* (genre *Cuet hocampa*), dont les poils urticants, de dimensions très réduites, sont groupés sur des appareils occupant la région dorsale de l'insecte, sont les espèces les plus dangereuses.

Les *Liparis* et plusieurs *Bombyx* occasionnent aussi des accidents éruciques.

Le venin est constitué par de l'acide formique, mais il faut également tenir compte de l'action mécanique des poils.

Ces chenilles provoquent des dermatoses très prurigineuses se manifestant par une éruption rappelant celle du prurigo commun et pouvant se compliquer de poussée d'urticaire.

On a constaté aussi des stomatites, des affections des yeux, des poumons, du tube digestif et des organes génitaux.

Le pronostic est généralement bénin ; on cite toutefois deux cas mortels ; la kératite et l'iritis sont à craindre lorsque l'œil est atteint.

Les lotions vinaigrées constituent le remède de choix pour les dermites.

En connaissant l'existence de ces accidents on évitera de confondre un accident sérique avec un début de fièvre éruptive ou avec la gale ou, croyant à une auto-intoxication, de mettre inutilement au régime des malades simplement contaminés par les chenilles.

(1) Dr Georges Lapie. — Les chenilles venimeuses et les accidents éruciques. 1 vol. in-8° raisin, 190 p., 4 planches. Prix : 15 fr. Librairie des Sciences naturelles, 3, rue Corneille, Paris 192?.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1923

Le traitement des anémies. — M. le professeur *Letulle* présente au nom du Dr Normet, un nouveau traitement des anémies par les injections intra-veineuses de citrate de soude. Partant d'expériences antérieures sur les animaux, dans lesquelles il démontrait la transformation des globules blancs en normoblastes et en globules rouges, sous l'action de ce produit, M. Normet envisagea la possibilité de provoquer de telles transformations dans le sang des anémiques. En effet, après des injections répétées de solution de citrate de soude à 30 p. 1000, l'auteur constata chez des malades atteints d'anémies vraies (non d'origine cancéreuse ou tuberculeuse) une progression ascendante et régulière du nombre de globules rouges.

Ainsi furent guéries en quelques semaimes des anémies aplastiques graves qui ont pu être suivies pendant plus d'un an.

Pour traiter les anémies avec chlorose, l'auteur a songé a utiliser l'action déjà connue des sels de fer, en ajoutant du tartrate ferrico-potassique, au citrate de soude et il a essayé les effets de ce mélange sur le chien et le lapin.

Les animaux normaux ont présenté une augmentation du nombre de leurs globules rouges, pouvant atteindre jusqu'à 80 %

Chez l'animal sain comme chez l'homme malade, le traitement fait apparaître dans le sang circulant des globules rouges nucléés à divers stades de leur développement, qui sont reproduits dans une planche en couleurs jointe à la communication.

Conservation des pièces anatomiques de démonstration par inclusion en milieux résineux solides. — *M. Lutigneaux.* — Les méthodes habituelles de conservation des pièces anatomiques en millieu liquide ou par dessiccation ont de multiples inconvénients ; elles altèrent notamment la couleur et parfois la forme de ces pièces. Pour conserver à celles-ci leur volume, leurs rapports et leurs couleurs, l'auteur, après de nombreux essais, s'est arrêté à l'emploi de mélanges synthétiques qu'il appelle *ambroïdes* et donne la formule du plus facile à préparer, qui est aussi le moins dispendieux :

Colophane extra-pâle.....	90 parties
Huile de lin ou de ricin.....	10 —

Ce mélange, après refroidissement, doit avoir la consistance d'un sirop épais. L'auteur indique la technique de préparation qui permet d'utiliser au mieux cette formule.

La théorie mésendogène de la virulence. — *M. Baptiste Roussy* fait observer que cette théorie, alors absolument originale et nouvelle, a été, ainsi qu'il l'a énergiquement annoncé, il y a maintenant plus de 34 ans, le point de départ du grand et très fécond mouvement scientifique, qui tend à créer la Science nouvelle des défenses de l'organisme, par la vaccinothérapie, la vaccinoprophylaxie, la bactériothérapie, la zymothérapie, science nouvelle qui tend aussi à dévoiler, par l'endocrinologie, le mystérieux mécanisme de l'équilibre des fonctions, équilibre harmonieux qui, pour M. Roussy, constitue l'état normal, vulgairement appelé santé, de l'organisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1923.

Vœu émis par la Société pour l'organisation des crèches. — La Société médicale des hôpitaux considérant la nécessité qu'il y a de rendre possible aux infirmières des hôpitaux l'allaitement au sein de leurs enfants, demande à l'administration d'accélérer l'organisation des crèches, chambres d'allaitement dans trois des hôpitaux, en y assurant l'isolement individuel parfait avec consultation hebdomadaire des nourrissons.

La céphalée bismuthique. — MM. *Bensaude, Cain* et *Oury* (voir compte rendu du 14 décembre).

Radiognostic d'une tumeur surrénale dans un cas d'hirsutisme. — MM. *Sézary* et *Lomon* présentent la radiographie d'une tumeur surrénale droite obtenue chez une jeune fille de 20 ans. L'affection s'était manifestée depuis 2 ans par de l'hirsutisme, une aménorrhée complète, de l'adiposité faciale, des douleurs lombaires, de l'hypertension artérielle avec tachycardie. L'épreuve radiographique montre dans la région lombaire droite une ombre à contours polycycliques recouvrant la moitié supérieure du rein qui n'est ni abaissé, ni déformé. Les rayons X, en localisant ainsi une tumeur surrénale permettent au chirurgien ou au radiothérapeute d'intervenir avec sécurité dans un tel cas qui ne semble pas au-dessus de nos ressources thérapeutiques.

Compte rendu annuel de la Société par M de Massary. — *Eloge* de MM. *O. Josué, Chaslin, Pierre Boulloche, Bouttier* et *de Beurmann*.

René Giroux.

LES GRANDES PREMIÈRES MÉDICALES

La leçon inaugurale du professeur J.-A. Sicard

Dans le grand amphithéâtre, tout au long des gradins la foule se presse. Il y a bien là quelques étrangers, de jeunes étudiants, mais il y a surtout la foule des élèves, et des médecins qui viennent pour rendre hommage au maître et au camarade.

Tout en bas dans l'hémicyde, la cohorte des professeurs, est au grand complet, groupée autour du doyen. Dans la salle flotte une atmosphère joyeuse et pleine de bonhomie. Tour à tour les entrants de marque, sont acclamés à leur arrivée, tandis que quelques dames qui donnent à cette séance son caractère de mondanité, servent de cibles aux innocentes et espiègles manifestations de la salle, quand leurs silhouettes, feutrées de fourrures, se dessinent, à leur passage, sur le fonds de l'austère tableau noir.

Et tout d'un coup, sans apparat, de son pas alerte et décidé, le jeune maître fait son entrée : le professeur Sicard commence sa leçon inaugurale.

Grand, bien découplé dans son habit, il rejette la tête en arrière découvrant son large front, qui abrite tant de vives pensées. On pourrait le croire ému, à cette minute

© BIU Santé

inoubliable de sa vie d'homme de science, et il l'est sans doute de toutes les fibres de son impressionnabilité. Mais comme, le stoïcien surmonte sa douleur, le jeune maître dompte d'emblée son émotion. Et tandis que, le regard bien posé, gardant toujours sa nuance d'ironie, se tourne vers l'assemblée qui s'étage, ou vers le corps des professeurs qui l'entourent, la parole s'élève tout de suite, nette, vibrante, assurée et charmeuse.

Quel bon, quel beau maître ! qui, dans la simplicité de son discours, dont la recherche ne se devine qu'aux citations qui l'émaillent, évoque tour à tour, l'émotion des souvenirs, le culte de la tradition et les envolés d'un solide optimisme scientifique.

Dans tout le préambule, consacré à l'habituel développement du curriculum de sa vie médicale, le jeune maître s'est oublié pour ne parler que de ceux qui furent ses chefs, ses modèles, et qui, dit-il, ont entraîné ses destinées.

Choisir entre tous les portraits qu'il nous fait avec sa vivacité coutumière, est impossible. Mais comment ne pas admirer les accents que son cœur de savant et de chercheur découvre, pour rendre hommage à l'esprit créateur du meilleur de ses maîtres : le professeur F. Widal, le « sourcier » magnifique, dit-il, qui, sait d'un coup de baguette, découvrir des sources fécondes de progrès dans la connaissance des maladies et dans l'art de guérir.

Comment ne pas s'attendrir au portrait d'un chef disparu, de Brissaud, cette puissante intelligence qui débordait la médecine et qui s'épanouissait en artiste autant qu'en savant. M. Sicard a su trouver là le sujet d'un hommage délicat, brossé d'un fin pinceau, dans lequel il a montré, tout ce que sa nature garde, de chaud enthousiasme et de pieux attachement.

Esprit d'enthousiasme, en effet, optimiste et convaincu M. Sicard s'est manifesté avec éclat, lorsqu'il a dessiné à larges traits les avenues par lesquelles s'engagent les idées médicales de notre époque. Qu'il est joli le tableau, et combien fidèle aussi, où il nous a montré les étapes du progrès depuis le dogmatisme jusqu'à l'école organicienne, puis le saut immense dû au génie pastorien et l'évolution actuelle vers l'humorisme régénéré et rajeuni. Esprit de clarté aussi, car, né sur les bords de la Méditerranée, ce foyer initial de la civilisation latine, M. Sicard tient à cette belle qualité qui appartient bien à notre génie national.

Dans le discours il n'y a sous l'apprêt, aucun désir de pontifier, et l'auteur s'oublie pour s'enthousiasmer aux idées qu'il assemble. Il révèle là, avec son optimisme, le secret de son beau tempérament de chercheur. Il faut l'avoir approché pour connaître le potentiel qui l'anime et qu'il sait communiquer avec tant de grâce charmante autour de lui.

Le bon maître ! le beau maître ! Ce sont les noms qui venaient en ce soir aux lèvres de tous les assistants.

La jeune étoile qui se lève, et qui déjà brille d'un si vif éclat est le contraire de ce qui est l'apparat, du rigorisme de l'esprit particulier. Le large esprit de M. Sicard, lui permet de trouver, en mille directions opposées, matière à de fertiles découvertes, à d'utiles applications. C'est là le progrès dans le meilleur sens du mot. Quand les dons du cœur, correspondent à ceux de l'intelligence celui qui les détient peut se dire privilégié. C'est un bon maître que la Faculté vient de recevoir dans son sein.

15 décembre 1923.

J. F.

La leçon inaugurale du professeur Guillain

A côté de diverses publications concernant la pathologie interne, il n'est guère de chapitre, en neurologie, où M. le prof. Guillain n'ait apporté une importante contribution personnelle. Et dans tous ses travaux, l'on retrouve ces mêmes belles qualités de documentation, de critique précise, d'exposition claire. Ennemi de la superstition verbale et de l'imagination aventureuse, il n'offre que des documents certains, et n'apporte à l'édifice scientifique que des matériaux sérieusement éprouvés.

En particulier l'observation serrée des différents réflexes, normaux et pathologiques, l'étude du faisceau pyramidal dans sa physiologie et ses dégénérescences, la distinction des variétés de clonus, ont, grâce à lui, singulièrement enrichi la sémiologie, et surtout la sémiologie pyramidale.

Pendant la guerre, dans la zone des armées, il a appliqué son activité aux traumatismes nerveux et précisé, entre autres, nos connaissances sur les commotions encéphaliques et médullaires. Pour ne citer qu'un de ses travaux les plus marquants, la réaction du benjoin colloïdal, qui porte son nom, a doté la clinique neuro-psychiatrique d'une technique précieuse par sa simplicité, son exactitude et sa valeur diagnostique.

Aussi bien, en effet, l'on ne saurait énumérer ici, dans leur détail, les résultats de sa carrière neurologique si bien remplie. Par sa vaste culture, par l'heureux équilibre de son travail, par la tenue de son activité scientifique, par la valeur de ses recherches, M. Guillain était admirablement désigné pour la chaire de clinique neurologique. Le suffrage unanime de la Faculté a confirmé l'admiration et l'appréciation générales. Interne, jadis, de Pierre Marie, c'est de lui-même qu'il reçoit la mission de continuer la tâche commencée par Charcot.

Sans nul doute, M. le prof. Guillain continuera dignement la lignée de ceux qui ont su illustrer dans l'univers le renom de l'école neurologique de la Salpêtrière. Dans sa leçon inaugurale, d'une belle tenue par la pensée et par la forme, il évoqua leur figure, rappela leur œuvre personnelle et rendit hommage à ses propres maîtres.

Il exposa en outre sa conception des méthodes les plus favorables aux progrès actuels de la neurologie. L'esprit critique doit accepter avec les plus grandes réserves les inductions que pourraient suggérer l'anatomie et la physiologie comparées, se méfier des schématisations abusives, n'adopter que sous contrôle prudent les idées et les techniques nouvelles. Complétant avec elles les doctrines solidement acquises, le neurologiste doit, de plus, utiliser les ressources de la biologie, de la physique, tant en vue de l'expérimentation que de la clinique. Par là il étendra le domaine de la thérapeutique, naguère si restreint, mais dont le développement contemporain est déjà si intéressant, par là, fidèle à la belle tradition médicale, que M. Guillain représente si hautement, il apportera à ceux qui souffrent une aide toujours plus efficace.

H. Codet.

© BIU Santé

L'Opothérapie est facilitée au praticien par les

Produits Organothérapiques A. RICHARD

extraits totaux très actifs et **absolument sans odeur.**

Leur mode de préparation aseptique est exposé dans le *Mémento d'Organothérapie Clinique*, qui contient, en outre, toutes sortes de renseignements utiles et est envoyée à MM. les Docteurs, sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39

Reminéralisation et Recalcification intensives

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS,

DU PHOSPHATE TRICALCIQUE

NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE DE CHAUX

INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

DEUX FORMES

COMPRIMÉS — SOLUBLES SEULEMENT DANS L'INTESTIN. 1 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR, SUIVANT L'AGE

AMPOULES — INJECTABLES. UNE AMPOULE DE 1 cc. PAR JOUR, EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES OU INTRAMUSCULAIRES

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

R. C. Seine 133.142

Préparé par les LABORATOIRES DU NUJOL Standard Oil Co (New-Jersey) NEW YORK



PARFAITE UNIFORMITÉ

Une parfaite uniformité est ce qui différencie principalement le **NUJOL** des autres huiles de vaseline.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables dans le traitement de la constipation parce qu'il est invariable dans sa composition et ses propriétés physiques.

Le **NUJOL** est agréable à prendre ; il ne cause ni nausées ni autres désagréments.

Le **NUJOL** est particulièrement recommandé pendant la grossesse et la période d'allaitement.

Echantillons et brochures sur demande

BEDFORD PETROLEUM Co 88, Av. des Champs-Elysées PARIS

Nujol

MARQUE DÉPOSÉE

Contre la Constipation

LE LUBRIFIANT IDEAL DE L'INTESTIN.

Agent de Vente

A. W. B. SCOTT

Pharmacien-Droguiste

38, Rue du Mont-Tabor PARIS

R. C. Seine : 83.833.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Colorimétrie, par E. MOREAU, 1 broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50. Vigot, éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1923.

L'auteur a établi un modèle d'appareil colorimétrique qui a son emploi d'une façon générale : 1° toutes les fois qu'un corps dissous dans un solvant a par lui-même une coloration propre (coloration de synthèse de la série aromatique, sel de rosaniline, etc.; 2° ou lorsqu'un produit traité par un réactif approprié donne naissance à une matière colorante soluble (sels de cuivre en présence d'ammoniaque, etc.).

Cet appareil sera le bienvenu puisqu'il répond aux besoins des méthodes microchimiques qui ont pris une si grande place dans les recherches biologiques.

Cinq leçons sur la psychanalyse, par Dr SIGMUND FREUD. Traduit de l'allemand par Yves Le Lay. Introduction de Ed. Claparède, professeur à l'Université de Genève. Un volume in-16 : 5 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces cinq leçons sur la psychanalyse sont le plus clair exposé que le professeur de Vienne ait fait de ses théories. Dans ce petit ouvrage, il montre ce qu'est la psychanalyse, quels sont ses principes fondamentaux, son but, les résultats qu'elle a atteints et ceux auxquels elle peut encore prétendre.

La lecture de ce petit livre, précédé d'une préface du professeur Ed. Claparède, qui situe l'œuvre de Freud dans la psychologie générale, constitue pour le public cultivé la meilleure préparation à l'étude des importants ouvrages de Freud : *L'Introduction à la psychanalyse et La psychopathologie de la vie quotidienne.*

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 3 fr. Abonnement : 40 fr. Boivin, éditeur, 3, rue Palatine.

Sommaire du n° du 30 décembre 1923 : A. Le Breton : Mme de Maintenon — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son journal (I). — Paul Lejay : Plaute(II). — P. Martino : La poésie symboliste Verlaine (VIII). — A. Mathiez : La Convention (V). — P. Berger : Les poètes anglais à l'époque victorienne (IX). — Abatangel ; Un manuscrit ignoré.

(*Voir la suite page* 40.)

SPÉCIFIQUE de l'Elément Douleur
CURATINE
CURATINE Brunet MARQUE DÉPOSÉE
Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapide.
Employée avec succès contre Névralgies diverses, Douleurs menstruelles, Rhumatismes, Migraines.
Echantillons sur demande.
Laboratoire BRUNET, 23, rue des Ecouffes - Paris (4e)
Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de CURATINE soit délivré dans une boîte métal portant en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

PROPIDON
Bouillon Stock Vaccin Mixte du Professeur Pierre DELBET
Adopté par les Hôpitaux de Paris
INDICATIONS : Anthrax, Phlegmons, Ostéomyélite, Staphylococcies fébriles, Lymphangite, etc.
PRÉSENTATION : Boîte de 3 ampoules de 4 cent. cubes.

VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS
Adoptés par les Hôpitaux de Paris

NÉO-DMEGON
Vaccin antigonococcique curatif
INDICATIONS : Blennorragie et ses complications. Affections gynécologiques, etc.
PRÉSENTATION : Boîte de 2 et 6 ampoules.

NÉO-DMESTA
Vaccin antistaphylococcique curatif
INDICATIONS : Traitement des affections dues au Staphylocoque: Furonculose, abcès, dermatites, etc.
PRÉSENTATION : Boîte de 6 ampoules.

NÉO-DMETYS
Vaccin anticoquelucheux préventif et curatif
INDICATIONS : Coqueluche à toutes ses périodes.
PRÉSENTATION : Boîte de 6 ampoules

Nos Néo-Vaccins représentent une simplification de la présentation et de la technique d'injection des anciens vaccins de même nom

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 40 millions de francs. — Siège social : 92, rue Vieille-du-Temple, 92, **PARIS** (3e)

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La cure hépatique de décholestérinisation,

Par **Maurice LOEPER.**

La notion de cholestérinémie est récente et due entièrement à M. Chauffard et à son école (1). Elle est née d'une étude très attentive de la précipitation et de la constitution des calculs et aussi de la détermination des troubles humoraux qui les précèdent ou les accompagnent. Elle ne concerne plus seulement la lithiasie biliaire, elle englobe encore un certain nombre d'états morbides dont la caractéristique est la concrétion cholestérinique et la cause, l'accroissement de la cholestérine dans le milieu sanguin. Quel que soit le siège principal de la précipitation, qu'il soit biliaire, conjonctif palpébral, ou cornéen, son origine et sa cause vraies résident dans un vice de fonctionnement du foie. Celui-ci apparaît comme le véritable régulateur de la cholestérinémie et le traitement des états cholestérinémiques doit le viser tout spécialement.

C'est à cette médication hépatique par quoi se réalise la *décholestérinisation* de l'organisme que sera consacré cet article.

***

Qu'est-ce que la cholestérine. La cholestérine est un lipoïde du groupe des stérines, qui ne contient pas de phosphore. Elle se trouve dans certains tissus comme le cerveau, dans certains liquides comme le liquide d'hydarthrose, dans le kyste de l'ovaire et les kystes mésentériques, dans le sang enfin, dont la technique remarquable et précise de Grigaut a permis de fixer le taux normal et les variations pathologiques.

La cholestérine n'est pas le seul lipoïde contenu dans le sang.

A côté d'elle il en existe d'autres, phosphorés ou phosphatés, phosphatides, cérébrosides et lécithines. La cholestérine atteint chez le sujet normal 1 gr.60 à 1 gr. 80. Les lipoïdes totaux dépassent 4,50 à 5 gr.

La cholestérine représente donc à peu près le tiers des lipoïdes totaux et le rapport lipo-cholestérinique, que nous avons fixé avec Tonnet et Debray (2), c'est-à-dire le rapport de la cholestérine aux lipoïdes non cholestériniques, s'exprime environ par 0,40.

Ce rapport s'abaisse chez les anémiques et les cancéreux et s'élève chez les polyglobuliques et les pléthoriques.

***

La richesse cholestérinique du sang subit l'influence de l'alimentation puisque l'administration à un chien, comme l'ont fait Grigaut et L'Huillier, ou à un homme, comme l'ont fait Widal, Weil et Laudat, d'un repas riche en graisse ou en cholestérine accroît environ du double la cholestérine et les lipoïdes du sang. Le sérum, dans ces cas, est fréquemment lactescent et cette lactescence est un des stigmates fréquents mais non constants de la *cholestérinémie*.

La cholestérine provient donc en partie de l'alimentation. Comme beaucoup de substances précipitables, acide oxalique, acide urique, la cholestérine a donc tout d'abord une origine exogène.

Elle a aussi une origine endogène. Les glandes surrénales, chez tous les sujets, produisent d'abondantes proportions de cholestérine. Chez la femme, pendant la menstruation et pendant la grossesse, le corps jaune de l'ovaire en produit également. La cholestérine endogène vient donc en assez forte proportion des surrénales et de l'ovaire. Sans doute aussi d'autres glandes et d'autres tissus où la présence de cholestérine peut traduire aussi bien une formation excessive qu'un besoin de consommation.

La cholestérine ainsi formée circule dans le sang à l'état soluble et s'y maintient dans un équilibre colloïdal assez stable. Son accroissement ne se voit pas seulement dans l'alimentation par la cervelle et les œufs. Il se voit aussi dans certains états physiologiques comme la menstruation (Gonalous) et la grossesse ; dans des états pathologiques comme l'hypertension, le diabète (M. Labbé), la goutte (Chauffard) (1), dans des lésions d'organes comme la néphrite.

Elle peut se déposer alors dans les cellules conjonctives du derme où elle réalise le xanthélasma, dans le tissu cellulo-adipeux périarticulaire et dans les bourses séreuses.

C'est un phénomène sur lequel M. Chauffard a insisté dès 1911 (2) et dont j'ignorais la relation quand j'ai constaté avec Verpy la cholestérine seule ou associée à l'acide urique et à la chaux dans des hygromas périarticulaires et des arthropathies (3)

Avec son élève Troisier (4), M. Chauffard a mis en pleine lumière l'influence combinée de l'uricémie et de la cholestérinémie dans la goutte et, plus récemment avec Wolf il a apporté des préparations remarquables et suggestives de tophus goutteux à la fois uratiques et cholestériniques (5).

La cholestérine se dépose aussi dans l'œil, dans le cercle cornéen. Peut-être, à l'instar de la chaux, se précipite-t-elle souvent à la faveur de lésions préalables des tissus, et la cholestérine des plaques d'athérome, des arthrites chroniques et goutteuses, ne fait-elle que parfaire et maçonner, comme disait Josué, la lésion inflammatoire plus encore qu'elle ne la provoque.

Pour débarrasser l'organisme de ces excès de cholestérine, il existe évidemment dans le sang et les tissus des ferments qui les oxydent ou les transforment. Les uns ramènent cette cholestérine à l'état d'acides gras, les autres en font peut-être des glycocholates dans les tissus eux-mêmes.

Mais la majeure partie s'élimine par le foie. Et la bile est de toutes les humeurs celle qui contient le plus de cholestérine.

D'après les recherches de MM. Chauffard, Laroche et Grigaut, la cholestérine y atteint environ 1 gr. 40, et, fait remarquable, ce chiffre est à ce point proportionnel à celui du sang que toute augmentation de l'un a pour corollaire un accroissement de l'autre. La cholestérine biliaire est donc le « reflet de la cholestérine sanguine ». Dans l'alimentation par la cervelle, la cholestérinémie atteint chez le chien jusqu'à 3 gr. 50 (Grigaut) et chez l'homme jusqu'à 2 gr. 60 (Widal), et le taux de la cholestérine biliaire, contrairement à l'opinion de Naunyn, s'accroît notablement (Goodman).

(1) Voir pour la bibliographie et la technique la thèse maintenant classique de Grigaut.
(2) Loeper, Debray et Tonnet. — Soc. de Biologie.

(1) Chauffard et Troisier. — *Annales de Médecine*, 1922.
(2) A. Chauffard. — Les dépôts locaux de cholestériue. *Revue de médecine*, oct. 1911, p. 176.
(3) M. Loeper et G. Verpy. — Les dépôts de cholestérine dans certaines arthropathies chroniques. *Progrès Médical* et Soc. méd. des hôp. 1918, p. 496.
(4) Chauffard et Troisier. — Goutte et cholestérine. *Ann. de médecine*, 1921, n° 3.
(5) Chauffard et Wolf. — Structure et évolution des tophus goutteux. *Presse médicale*, n° 97, 5 déc. 1923, p. 1013.

© BIU Santé

De même que la cholestérinémie s'élève dans la néphrite chronique, dans le diabète, dans la grossesse, dans la lithiase, à 2 gr. 50, 3 gr. et même 4 gr., de même la cholestérine biliaire atteint 2 gr. 40 dans le mal de Bright et jusqu'à 7 gr. 50 dans la gestation (Chauffard, Larcoche et Grigaut).

Ainsi se trouve prouvée l'élimination de la cholestérine par la bile.

Ainsi s'explique aussi la formation des calculs.

A son taux normal, la cholestérine reste en suspension, dans la bile. Si la concentration s'accroît, la cholestérine tend à la précipitation. Et dans ce milieu saturé, la précipitation se produira plus aisément si le taux des sels biliaires s'abaisse, si la proportion de mucus s'accroît, si l'inflammation de la muqueuse y déverse de l'albumine, si un corps étranger muqueux, épithélial ou microbien vient y constituer un noyau de cristallisation. Grâce aux recherches de M. Chauffard, dans la pathogénie jusque-là confuse et discutée de la lithiase biliaire, tout au moins de la lithiase cholestérinique, la doctrine humorale vient prendre la première place sans exclure pour cela de façon absolue le rôle de l'élément inflammatoire ou microbien.

La lithiase biliaire dépend donc de la concentration cholestérinique de la bile, et la *concentration biliaire dépend avant tout de la cholestérinémie.*

Mais ici interviennent deux autres facteurs dont la valeur est également considérable et qui conditionnent la thérapeutique.

Je veux parler de l'intégrité de la glande hépatique, et de la perméabilité des voies biliaires.

***

Le processus qui préside à l'élimination de la cholestérine, en effet, n'est pas simple. L'activité de la glande hépatique y joue son rôle. Le foie reçoit beaucoup plus de cholestérine qu'il n'en restitue par la bile. Il en détruit une assez forte proportion et l'on admet, avec Grigaut, qu'il la transforme en sels biliaires. On comprend donc qu'un foie insuffisant élimine plus de cholestérine qu'un foie normal et qu'un foie surchargé par un excès de cholestérine se trouve incapable d'en transformer une proportion équivalente. Le taux de la cholestérine biliaire est donc en partie fonction de l'*insuffisance hépatique*. Et, par un de ces retours fréquents en physiologie, la cholestérine sanguine s'accroît du même coup. L'hypercholestérinémie peut donc tenir à l'insuffisance de la fonction destructrice ou transformatrice du foie, et cette notion est du plus haut intérêt thérapeutique.

Un dernier facteur peut également influencer la cholestérinémie : c'est la *perméabilité des voies biliaires*. On comprend que l'oblitération plus ou moins complète du canal cholédoque puisse entraîner, dans le sang, la rétention cholestérinique comme un obstacle urétéral peut entraîner dans le sang la rétention uréique.

Cette cause se trouve réalisée par les coudures, les corps étrangers, les spasmes, les sténoses, les tumeurs, etc. C'est pourquoi l'hypercholestérinémie existe dans l'ictère par rétention, dans l'obstruction calculeuse et dans la tension vésiculaire douloureuse (1).

Exception doit être faite pourtant pour certaines tumeurs malignes qui touchent profondément l'état général et qui compensent en quelque sorte la rétention par une insuffisance du produit circulant.

En définitive donc, que la cholestérinémie soit primitive ou secondaire, qu'elle précède la formation de calculs ou qu'elle succède à l'obstruction des voies biliaires ; qu'elle apparaisse comme une cause ou comme un effet de l'insuffisance hépatique ; qu'elle s'accompagne de lithiase biliaire ou qu'elle accumule des dépôts dans les tissus, c'est toujours au foie qu'est dévolu le rôle principal et c'est toujours au foie que doit, avant tout, s'adresser le traitement.

Et ce traitement comporte trois indications primordiales: réduire la cholestérine circulante, augmenter l'activité de la cellule hépatique et faciliter l'élimination biliaire.

***

La *suppression des aliments riches en cholestérine*, tels que les jaunes d'œufs, les cervelles, et aussi les graisses, dont la transformation en cholestérine est possible, s'impose à tous les cholestérinémiques. Et de même que le taux de la cholestérine s'accroît par leur administration, de même il s'abaisse par leur suppression.

Il est inutile d'y insister.

Parmi les aliments, il en est qui jouent vraiment le rôle de médicaments décholestérinisants : ce sont les sucres. J'ai étudié à ce point de vue l'action du lactose administré par la voie buccale à jeun et en dehors des repas et celle du glucose administré tantôt par la bouche, tantôt par le rectum et tantôt par la peau.

La cholestérinémie diminue de façon sensible après leur administration, quelle que soit la voie utilisée. Mais, par la bouche, le *glucose*, aux mêmes doses ou plutôt à la même concentration moléculaire, agit plus énergiquement que le lactose et le *lavement glucosé* plus que l'ingestion buccale de glucose. L'injection sous-cutanée est à peu près inefficace.

	Cholestérine sanguine			
Administration de Glucose 20 g.	avant	6 h. après injection	6 h. après ingestion 20 gr.	6 h. après lavement
Lithiase biliaire sans rétention	2.65	2.62	2.46	2.10

C'est donc surtout aux instillations rectales de glucose en solution isotonique que l'on aura recours, et cette prescription s'accorde avec ce que l'on sait de l'efficacité du glucose par voie intestinale dans les affections hépatiques.

Dans l'ordre vraiment thérapeutique, les produits solubilisants méritent d'être étudiés, car s'ils ne dissolvent pas les calculs, ils peuvent aider à maintenir la cholestérine en dissolution dans le sang et la bile et, partant, faciliter son élimination. Je dois dire pourtant que, avec la térébenthine, l'huile de Harlem, les oléates, je n'ai jamais constaté de variations appréciables.

Il est des médicaments dont l'influence sur le foie est presque classique. Ce sont le *benzoate de soude*, le salicylate de soude, le boldo et les extraits biliaires. Je n'ai rien vu de net avec les extraits biliaires bien qu'ils aient la réputation d'accroître la sécrétion et l'élimination de la bile. Je n'ai rien constaté non plus avec le boldo, du moins des variations insignifiantes. Par contre, administré pendant 4 ou 5 jours, à la dose de 1 gr. par jour, le benzoate de soude et surtout le salicylate m'ont paru abaisser de 20 à 60 ctgr. le taux de la cholestérine sanguine.

On a beaucoup insisté sur le rôle du *bicarbonate de soude* et MM. Biscons et Rouzaud ont montré dans un article intéressant le rôle décholestérinisant de l'eau de Vichy. Peut être doit-on tenir compte des doses et admettre une action moins active et même inhibitrice des doses fortes de bicarbonate de soude par rapport aux doses faibles et diluées qui sont vraiment décholestérinisantes.

Les autres sels de soude à faible dose et réfractée, admi-

(1) M. Loeper et M. Debray. — La tension vésiculaire douloureus. *Progrès Médical*, 1922.

© BIU Santé

nistrés pendant plusieurs jours ont une action analogue. L'association de sulfate, de phosphate, de citrate de soude à la dose de 1 gr. à jeun paraît être supérieure à celle de chacun de ces sels pris à part et en proportion équivalente. La valeur des eaux sulfatées calciques semble s'affirmer également dans la cure de Vittel, surtout de Vittel Hépar et dans celle de Contrexéville ainsi que l'ont vu MM. Schneider et Grigaut, chez les goutteux.

Tous les médicaments que je viens de passer en revue ont certainement une action cholagogue et doivent à cette action leur influence décholestérinisante. Sans doute aussi à une action excitante de la cellule hépatique. Gouraud avait déjà indiqué jadis que, chez un sujet sain ou peu atteint, l'administration de glucose dans l'épreuve de Colrat, élève le chiffre d'urée, le coefficient azoturique et par conséquent l'activité hépatique. J'ai vu avec MM. Esmonet et Binet que ces divers produits, purgatifs ou non, administrés par voie buccale chez l'animal, accroissent le ferment amylolytique et la glycogénie, et, administrés à l'homme, élèvent le coefficient azoturique et la capacité de fixation du sucre, autrement dit la fonction glycopexique.

Il est donc fort possible que leur rôle dans la décholestérinisation consiste aussi dans l'accroissement de la puissance de destruction de la cholestérine par la cellule noble du foie.

Quand on pratique en effet chez l'homme dans de telles expériences des dosages comparées de cholestérine, on ne trouve pas toujours la cholestérine fécale accrue dans la même proportion où s'abaisse la cholestérine sanguine.

La totalité de la cholestérine n'a donc pas été éliminée par la bile et une certaine proportion a dû être détruite dans le foie.

Cette conclusion s'accorde fort bien avec l'hypothèse émise depuis déjà plusieurs années par M. Grigaut et que je rappelais plus haut.

Il paraît donc nécessaire de recommander au cholestérinémiques les médicaments suivants : le glucose, le salicylate de soude, le benzoate de soude, le sulfate et le phosphate de soude, le bicarbonate de soude auxquels on peut associer *l'uroformine* qui est, comme on sait, un admirable excitant du réservoir biliaire (Chauffard).

La formule suivante me paraît la meilleure :

Bicarbonate de soude	6 gr.
Sulfate de soude	5 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Salicylate de soude	3 gr.
Benzoate de soude	3 gr.
Uroformine	3 gr.
Eau	un litre

Un verre à Bordeaux de 100 gr. de cette solution tiède à jeun et à 6 h. du soir, 10 jours par mois. Chez deux de mes malades, après ces dix jours de cure, le taux cholestérinémique s'est abaissé de 2 gr. 90 à 2 gr. et à 1,80, alors que le régime antérieur était maintenu sans changement.

***

J'ouvrirai ici une parenthèse en ce qui concerne l'antipyrine dont l'emploi peut cependant être indiqué dans les crises douloureuses.

L'antipyrine réduit indiscutablement le fonctionnement hépatique, elle abaisse expérimentalement le taux de l'amylase du foie, et, chez l'homme, la sécrétion biliaire et le coefficient azoturique. Il est intéressant de constater qu'elle exerce sur la cholestérinémie une action toujours négative et souvent défavorable. Avec 1 gr. 50 et 1 gr. d'antipyrine j'ai vu des diabétiques élever de 2 gr. 50 à 3 gr. 10 et 3 gr. 60 le taux de leur cholestérine sanguine.

Pour cette raison, l'antipyrine est contre-indiquée. L'aspirine qui est un produit salicylé et qui n'a pas les mêmes inconvénients doit, comme analgésique, lui être incontestablement préférée.

***

Aux doses que je viens d'indiquer, les médicaments précités agissent sûrement mais lentement. Un résultat plus rapide, plus patent, sinon plus durable, peut être obtenu par l'administration des purgatifs.

Ceux-ci n'agissent pas seulement sur l'estomac et l'intestin, en provoquant des selles fluides, mais aussi sur le foie. Cette action sur le foie consiste dans une élimination brusque mais peu durable de la bile vésiculaire et qui s'épuise vite.

Mais elle consiste aussi dans une excitation de la glande que le dosage du glycogène du foie chez l'animal et celui du coefficient azoturique chez l'homme permettent d'apprécier exactement.

Ces deux éléments, élimination vésiculaire et excitation cellulaire du foie, constituent ce que nous avons appelé jadis avec Esmonet la purgation hépatique (1).

Les purgatifs drastiques la réalisent rarement car, leur rôle est surtout intestinal. Les purgatifs biliaires tels que l'évonymine et le podophyllin sont au contraire très efficaces. Quant aux purgatifs salins, leur action dépend à la fois de la dose ingérée et du volume de leur molécule. Des doses fortes de sulfate de soude font des débâcles trop brutales, trop éphémères et surtout intestinales. Les sels de soude agissent mieux que les sels de magnésie et, parmi les sels magnésiens, le chlorure de magnésium est plus efficace que le sulfate (Eau de Châtel-Guyon).

Ces considérations qui s'appliquent à la purgation hépatique sont encore applicables à la décholestérinisation. Les recherches que j'ai faites avec M. Binet (2) nous permettent de conclure à l'efficacité particulièrement grande du *sulfate de soude*.

Nous avons fixé à 10 gr. la dose optima et à 3 jours consécutifs le temps de son administration. Le dosage de la cholestérine était effectué, avec le même régime, avant l'administration, et 24 heures après la cessation. Comme on peut le voir par le tableau ci-contre, la chute de la cholestérine sanguine apparaît chaque fois considérable, et d'autant plus que le taux initial est plus élevé.

Cholestérinémie

avant		après le SO^4Na^2	
30-11-21	S. Lorrain 12 C = 1.92	10 gr. les 3-5-6 (12) le 8-12-21	C = 1.51
1-12-21	C. externe C = 1.31	10 gr. les 2-3-4 le 5-12-21	C = 0.87
7-21-21	Parrot 9 C = 1.61	10 gr. les 8-9-10 le 11-12-21	C = 1.42
26-1-22	Lisfranc 7 C = 1.62	10 gr. les 27-28-29 le 30-1-22	C = 1.05
28-1-22	Lorrain 5 C = 1.43	10 gr. les 29-30-31 le 1-2-22	C = 1.17
2-2-22	Parrot 20 C = 2.57	10 gr. les 3-4-5 le 6-2-22	C = 1.19
13-2-22	Lisfranc 11 C = 1.58	10 gr. les 14-15-16 le 17-2-22	C = 1.21
28-2-22	Parrot 9 C = 1.75	10 gr. les 1-2-3- (3) le 4-3-22	C = 1.52
1-3-22	Lisfranc 4 C = 1.92	10 gr. les 2-3-5 le 6-3-22	C = 1.49

Ainsi qu'on peut le voir dans ce tableau, les variations

(1) Le mécanisme d'action des purgatifs salins. *Bulletin médical*, 1907.
(2) M. Loeper et M. Binet. — Société de Biologie, mai 1912.

© BIU Santé

en moins de la cholestérine atteignent parfois 1 gr. et plus.

On peut se demander quelle sera l'influence des autres purgatifs.

Les *purgatifs biliaires*, tels que le podophyllin et l'évonymine sont efficaces, mais exigent, ainsi que je l'ai constaté à deux reprises, une administration plus prolongée.

Par contre les purgatifs drastiques et irritants ont une action très inférieure et souvent nulle.

Nous avons étudié la *rhubarbe*, administrée deux jours consécutifs à la dose de 0,50 ctgr. et de 0,25 ctgr. et aussi la *phénolphtaléine* aux doses successives de 0,40 et de 0,30. Malgré l'importance de l'effet purgatif, les résultats nous ont paru bien inférieurs à ceux du sulfate de soude en ce qui concerne la cholestérinémie :

Rhubarbe	avant	après
S. Parrot 21	1.49	1.40, le 13
0,50 ctgr., le 11		
0,25 ctgr., le 12		
S. Parrot 17	1.53	1.39, le 20
0,50 ctgr., le 12		
0,25 ctgr., le 18		
Phénolphtaléine		
S. Lorrain 13	1.56	1.57, le 31
0,40, le 29		
0,30, le 30		
S. Lisfranc 18	2.17	2.01 ,le 4
0,40, le 2		
0,30, le 3		

Parmi les purgatifs étudiés le sulfate de soude à dose moyenne semble donc le décholestérinisant le plus efficace puisque la moyenne des abaissements obtenus est de 0,50 ctgr. et atteint plus d'1 gr. dans certains cas, alors qu'elle n'est que de 0,15 ctgr. avec les autres purgatifs, employés cependant pendant deux jours et à dose assez élevée.

Je conclurai donc :

La cure de décholestérinisation, quel que soit le lieu hépatique ou extrahépatique de la précipitation cholestérinique, doit avant tout *viser le foie*.

Elle consiste, outre le régime habituel, dans l'administration des lavements glucosés, dans la prescription, par périodes de 10 jours, de substances salines à dose réfractée et dans l'administration intermittente et peu prolongée de doses de 10 gr. de sulfate de soude.

Un tel traitement n'est pas nouveau puisqu'il est depuis longtemps déjà appliqué à la lithiase biliaire, mais il trouve dans l'exposé ci-dessus une indication nouvelle.

La décholestérinisation semble fonction à la fois de la décharge biliaire et de l'activité hépatique.

Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.— 1° Epreuves pour l'obtention du diplôme de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile. Ont subi avec succès les épreuves. — Session d'octobre 1922 : Mlles Mazon, Firmin, Pouthier, Du Pasquier, Laurent, Boueget.

Session de février 1923 : Mmes François, Noirclerc, Atger, Boullet, Manoury, Dubrai, Garaude, Boilley, Just, Chabas, Mahé, Desportes, Lantheaume, Johner, Thirria.

2° Epreuves pour l'obtention du diplôme de puériculture pour les docteurs en médecine. Ont subi avec succès les épreuves, session d'octobre 1923 : M. Hervier, Mme Le Conte Boudeville, M. Dansac, M. Souty, Mlle Petot, M. Letondal, Mme Requin, M. Lopez, M. E. Alen, Mlle Cremieu, M. Dehan, M. Casiglia, Mlle Cordier.

Un enseignement réservé aux étudiants en médecine pourvus de 20 inscriptions et aux docteurs en médecine- français et étrangers, aura lieu en juin et juillet 1924, à l'école de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, 64, rue Desnouettes (XVe).

Cet enseignement sera suivi d'un examen probatoire pour les candidats au diplôme universitaire de puériculture.

Les demandes d'inscription seront reçues à l'école de puériculture jusqu'au 31 mai 1924.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fibrome de la paroi abdominale,

D'après une leçon de M. le Professeur DELBET.

Nous allons étudier aujourd'hui un malade atteint d'une affection rare, mais intéressante en raison des difficultés de diagnostic qu'elle soulève. Ce malade s'est aperçu, il y a une vingtaine de jours, à l'occasion d'une bronchite et du retentissement de la toux dans la région épigastrique, qu'il présentait à ce niveau une tumeur, une masse ronde, ayant le volume d'un œuf de pigeon, légèrement sensible à la palpation, siégeant à gauche de la ligne médiane. C'est alors qu'il l'a fait remarquer à son médecin, qui, après l'application inefficace de liniments calmants, a pensé à un kyste hydatique et lui a conseillé de voir un chirurgien. Aucune altération de l'état général, pas d'amaigrissement, appétit conservé. Le malade ne possède pas de chien personnellement. On constate l'existence d'une hernie épigastrique. La réaction de Weber a été négative, le Wassermann également négatif ; on n'a pas fait le Weinberg, ni l'examen du sang.

La tuméfaction qu'il présente dans l'hypochondre gauche ne date certainement pas de vingt jours ; elle a passé inaperçue, parce que complètement indolente. Du reste, à l'inspection de la paroi abdominale, elle est inappréciable, mais, dès que l'on palpe, on sent là, à la partie supérieure gauche de l'abdomen, une résistance anormale.

Eh bien, il faut que nous fassions d'abord la topographie aussi exacte que possible de cette tuméfaction. Le point capital à trancher, c'est le siège de cette tumeur en profondeur : il s'agit de savoir si elle est dans la paroi abdominale ou si, au contraire, elle est située dans la cavité péritonéale. Si nous arrivons à trancher avec certitude cette question, notre diagnostic sera déjà extrêmement avancé.

Je cherche d'abord les limites de la tumeur : je constate qu'en dedans, elle n'arrive pas tout à fait à la ligne médiane ; à la partie inférieure, elle s'arrête à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; en dehors elle ne dépasse pas le bord de la neuvième côte.

En haut, ses limites sont-elles aussi nettes ? Ceci a plus d'intérêt. En haut, j'ai l'impression qu'elle se perd. A quoi cela tient-il ? Si elle est située dans l'intérieur de la cavité abdominale, l'impossibilité d'atteindre son bord supérieur peut tenir simplement à ce qu'elle remonte vers la coupole diaphragmatique. Si elle est intra pariétale, ce serait l'indice d'adhérences avec le rebord costal, et ceci a encore un intérêt.

Comment savoir si la tumeur est située dans ou sous la paroi abdominale ? C'est une question qui en pratique peut présenter des difficultés parfois presque insurmontables. Ceci dépend du siège de la tumeur dans l'épaisseur de la paroi : si les tumeurs sont situées dans les parties superficielles, devant l'aponévrose du grand oblique, ou dans l'épaisseur de cette aponévrose, il est très facile de reconnaître que la tumeur est pariétale.

Si elle est située sous l'aponévrose, et à plus forte raison si elle est située en arrière du plan musculaire, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il devient très difficile de savoir si elle est *pariétale* ou *intra-abdominale*.

Lorsque la tumeur est située dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'aponévrose ou dans les plans antérieurs de la partie musculaire, il est extrêmement facile de reconnaître cliniquement qu'elle est pariétale. Il suffit pour cela de faire contracter les muscles de la paroi. Si elle est située dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle devient plus saillante et, en même temps, ne perd à aucun degré sa mobilité. Lorsqu'elle est située dans l'aponévrose, elle de-

© BIU Santé

vient plus saillante, mais perd sa mobilité. Enfin, lorsque la tumeur est située sous le plan musculaire, vous comprenez que la contraction des muscles a pour effet de l'enfoncer dans le péritoine ; elle a donc les caractères d'une d'une tumeur intra-abdominale, et, dans ces cas-là, il est impossible d'arriver à reconnaître avec certitude que la tumeur est pariétale.

Lorsque la tumeur siège dans la partie tout à fait inférieure de l'abdomen, on peut, surtout chez la femme, — et ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme, — arriver à reconnaître qu'une tumeur sous-musculaire est cependant pariétale, par le toucher vaginal ; on peut en effet explorer la partie profonde de la tumeur et constater qu'elle présente en arrière une limite très nette et n'a aucune connexion avec l'utérus, les trompes ou les ovaires.

Lorsque les tumeurs occupent la partie supérieure de l'abdomen, nous n'avons pas cette ressource, nous ne pouvons les examiner que par leur face antérieure.

Cette tumeur a à peu près le volume du poing. Lorsque le malade contracte ses grands droits, ce que l'on obtient en l'invitant simplement à soulever sa tête, à la détacher de l'oreiller, la tumeur ne devient pas plus saillante. Cela nous indique que la tumeur n'est pas située en avant du plan musculaire, mais elle peut être pariétale, en arrière du plan musculaire, ou dans son épaisseur, à plus forte raison dans le *fascia transversalis*.

Je constate que, dans l'état de relâchement, la tumeur a une mobilité très appréciable dans le sens transversal. Ceci a-t-il une signification ? Non. Une tumeur intra-abdominale peut avoir une extrême mobilité. Une tumeur de la grande courbure de l'estomac, non adhérente, peut avoir une grande mobilité dans le sens transversal. Il en est de même pour une tumeur située dans le plan musculaire.

Le fait de la mobilité dans le sens transversal ne permet donc aucune conclusion.

Voyons si la tumeur est mobile dans le sens vertical : on ne peut pas être affirmatif.

Dans le sens antéro-postérieur, elle a une très grande immobilité, mais cela n'indique rien, car une tumeur située en arrière du plan musculaire, ou même dans celui ci, peut présenter une dépressibilité dans le sens antéro-postérieur.

Mais nous allons voir quelle est l'*influence de la contraction musculaire* sur la *forme* et la *mobilité* de la tumeur.

Pendant le relâchement, on sent que cette tumeur est légèrement irrégulière, imparfaitement arrondie, d'autre part, elle est très dure ; à sa partie externe, existe une petite nodosité, régulièrement et arrondie et saillante.

Sous l'influence de la contraction musculaire, elle ne subit aucune modification de forme. Elle ne devient pas plus saillante, mais elle ne devient pas non plus moins saillante. Si elle était dans l'intérieur de la cavité de l'abdomen, lorsque tous les muscles abdominaux contractés seraient situés devant elle, elle serait moins nettement perceptible par la palpation ; or, ici, j'ai l'impression qu'elle n'est pas moins nettement perceptible. Ceci est donc en faveur d'une tumeur intra-pariétale.

Voyons maintenant si les détails de sa forme sont notablement modifiés. Si la tumeur est intra-abdominale, évidemment nous la sentirons mal à travers des fibres musculaires contractées et rigides. Si, au contraire, elle est dans l'épaisseur de la paroi, il pourra se faire que nous percevions avec autant de précision les divers caractères de sa forme.

Ici, on a l'impression, quand le malade soulève la tête, que l'on sent avec tout autant de netteté la forme de la tumeur, ce qui conduit à penser qu'il n'y a pas une épaisseur considérable de tissus entre elle et le doigt qui l'explore, et qu'elle est située, par conséquent, dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Autre fait : par la contraction musculaire, la tumeur est complètement immobilisée dans le sens transversal. Même lorsqu'une tumeur est située dans l'intérieur de la cavité abdominale, la contraction des muscles gêne toujours dans une certaine mesure sa mobilité, et souvent même il devient presque impossible de la chercher, parce qu'à travers des muscles contractés on sent très mal la tumeur ; mais l'immobilisation, lorsqu'elle existe, n'est pas une immobilisation absolue. Ici, au contraire, on a l'impression que l'immobilisation est absolue.

Voilà donc des caractères importants : lorsque la paroi abdominale est contractée, la tumeur reste aussi aisément perceptible et on en sent nettement tous les détails, ce qui conduit à penser qu'il n'y a pas une interposition de tissus épais entre la tumeur et le doigt, et, d'autre part, elle est complètement immobilisée. Ces deux symptômes permettent de conclure que la tumeur est bien dans l'épaisseur de la paroi. Si on ne peut la délimiter nettement à sa partie supérieure, c'est qu'elle a des connexions probablement avec le rebord costal.

Vous savez qu'un moyen de diagnostic extrêmement important, pour établir les connexions et la topographie d'une tumeur abdominale, est l'insufflation de l'estomac ; la distension gazeuse de l'estomac peut d'ailleurs être produite sans avoir recours à l'insufflation : si les malades ont quelque répugnance à avaler le tube, il suffit de leur faire ingérer un mélange effervescent, qui produit des gaz dans l'estomac.

Si on constate, par exemple, que la tumeur, tout en restant nettement perceptible, est notamment déplacée, c'est un indice qu'elle est située dans la paroi de l'estomac. Dans d'autres cas, on constate que l'estomac, distendu par des gaz, vient se glisser entre la tumeur et la paroi abdominale: ceci vous indique, par conséquent, que la tumeur est profonde, qu'elle est rétro-stomacale. Là, deux éventualités sont possibles : rarement, il s'agit d'une tumeur de la paroi postérieure de l'estomac, qui est masquée par la distension gazeuse de l'organe : mais, le plus souvent, c'est qu'il s'agit d'une tumeur située en arrière de l'estomac, et même en arrière de la cavité des épiploons : c'est un signe capital des tumeurs ayant pour origine ou pour siège le pancréas.

Après l'insufflation de l'estomac, la tumeur est toujours aussi nettement perceptible. La sonorité ne peut pas nous guider, puisque nous l'avons constatée au point même de la tumeur, mais, ce que nous constatons, c'est qu'il n'y a pas de coussinet gazeux entre la tumeur et la paroi abdominale.

Nous considérons que cette tumeur est située dans la paroi abdominale, au niveau ou sous le plan de l'aponévrose ; elle n'est sûrement pas dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette notion étant acquise, c'était de beaucoup la partie la plus difficile de l'étude de ce malade, il s'agit de savoir quelle est la nature de la tumeur.

***

Nous n'avons pas à envisager de bien nombreuses hypothèses. Les variétés de tumeurs que l'on observe dans la paroi de l'abdomen sont en effet les suivantes. On y observe des *fibromes*, des *lipomes*, quelquefois des *abcès froids* ayant leur origine dans les os voisins, et enfin on peut y observer, comme dans tous les muscles, des *kystes hydatiques*.

De toutes ces tumeurs, les plus fréquentes sont sans conteste les *fibromes*. Les lipomes de la paroi abdominale ne sont pas absolument exceptionnels, mais ici, nous pouvons éliminer immédiatement cette hypothèse, parce que la tumeur a une dureté ligneuse. Les lipomes ont une mollesse telle que, lorsque la paroi abdominale est relâchée, on n'arrive pas à les sentir. Ce sont des lipomes intra-musculaires ; comme ils sont situés sous une aponévrose, ils ne présentent nullement le phénomène de la lobulation, qui est si caractéristique des lipomes sous-cutanés.

Ici, nous trouvons nettement la consistance d'un fibrome ; or, les fibromes de la paroi abdominale sont plus fréquents incontestablement chez les femmes. Est-ce que cette fréquence est due au sexe, ou à quelque autre phénomène, qui serait plus ordinaire chez la femme que chez l'homme ?

Eh bien, dans l'anatomie de la femme, d'abord, il y a un

© BIU Santé

organe qui prédispose au développement de ces tumeurs, c'est le ligament rond, émanant de l'utérus, et qui contient du tissu fibreux et du tissu musculaire ; il devient souvent le siège des tumeurs, qui parfois sont du fibrome pur (un cas de Guinard), le plus souvent des fibromyomes comme ceux de l'utérus.

Mais les tumeurs développées aux dépens du ligament rond ne peuvent siéger qu'à la région iliaque ou à la région inguinale. On en distingue en effet trois catégories : des tumeurs siégeant en dehors de la paroi abdominale, dans les grandes lèvres, qui peuvent acquérir un volume considérable ; d'autres occupant l'intérieur du ligament rond ; d'autres ressemblant à des fibromes de l'utérus.

Il est certain que les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque, de la paroi inférieure de l'abdomen, de la région du canal inguinal, sont plus fréquentes chez la femme ; mais les tumeurs d'autres sièges, celles en particulier de la paroi supérieure de l'abdomen, sont-elles plus fréquentes chez la femme que chez l'homme ? Nous l'ignorons, parce que, dans les stastitiques publiées, on ne tient pas toujours compte du siège. Il est possible, cependant, qu'elles soient plus fréquentes aussi chez la femme.

Ces tumeurs de la fosse iliaque ont été les plus étudiées. Huguet et Nélaton avaient cru remarquer que ces tumeurs avaient un pédicule qui venait s'insérer au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la crête iliaque, et, comme à cette époque toute intervention à ciel ouvert avait une gravité extrême, Huguet avait proposé de sectionner le pédicule de la tumeur par une sorte de ténotomie sous-cutanée. Je n'ai pas besoin de vous dire que cette pratique n'a jamais donné de résultats et qu'elle est aujourd'hui complètement abandonnée.

Il est possible, je le répète, que les tumeurs ayant un autre siège soient également plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Mais alors on ne trouve pas dans l'anatomie normale d'explication à cette fréquence. Il est certain que les fibromes musculaires et aponévrotiques se développent souvent à la suite de traumatismes ; je ne parle pas des irritations répétées, mais des traumatismes uniques. Il est certain que leur influence est nulle sur le développement des tumeurs épithéliales. Elle est douteuse pour les sarcomes ; mais elle est très probable en ce qui concerne les fibromes. Le traumatisme, accompagné d'une rupture aponévrotique ou musculaire et d'un hématome, est souvent relevé dans le passé des malades. Les tibromes de de la paroi abdominale chez la femme ont été rattachés au traumatisme de l'accouchement.

Chez l'homme, on cite le cas de Limouxe, Sappey et Langenbeck. Des fibromes se sont développés à la suite d'un coup de pied de cheval ou d'un coup de bâton, d'un traumatisme capable d'amener une rupture musculaire. Néanmoins, on peut observer les fibromes musculaires ou aponévrotiques dans toutes les régions, en dehors de toute espèce de traumatisme, Il y a incontestablement des fibromes d'origine périostique. On peut les observer aux membres, on peut les trouver dans toute la région de l'enceinte pelvienne. Ici, nous avons constaté que la tumeur a des connexions avec le rebord costal.

Nous devons cependant envisager l'hypothèse d'un kyste hydatique des muscles. Leur caractère fondamental, c'est la régularité de la forme, et la dureté. Ici, la tumeur n'est pas régulièrement arrondie, elle est plutôt plate, et présente une série de nodosités. Il peut y avoir des kystes hydatiques multi-lobulés, absolument irrégnliers, ceux qu'on appelle exogène ; mais notre malade n'a pas d'antécédents hydatiques ; s'il faisait une tumeur hydatique dans un muscle, elle serait unique, bien régulièrement arrondie et nettement circonscrite.

Reste l'hypothèse d'un *tuberculome* de la paroi abdominale, tumeur d'une extrême rareté, ou celle d'un *abcès froid* parti du rebord costal et infiltré dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Mais ici, on ne trouve pas de véritable pédiculisation comme on devrait en trouver s'il s'agissait d'un abcès froid. D'autre part, le rebord costal est net et indolore.

Nous avons éliminé ainsi les hypothèses d'un lipome, d'un kyste hydatique, d'un abcès froid, et revenons au diagnostic de *fibrome* de la paroi abdominale auquel nous avait directement conduit l'examen.

***

Ces fibromes de la paroi abdominale sont capables d'atteindre des dimensions fantastiques. Ils subissent alors, vraisemblablement, la transformation sarcomateuse, comme j'ai pu le constater nettement dans un cas et le publier.

Il faut intervenir dans ces cas-là et ne pas regarder ces tumeurs d'un œil indifférent. Lorsqu'elles sont petites, l'intervention opératoire ne présente aucune gravité ; lorsqu'elles augmentent de volume, l'opération est plus sérieuse et même dans certains cas devient mécaniquement impossible, parce qu'il faut enlever toute la paroi abdominale et qu'on ne peut refermer l'abdomen.

Certaines de ces tumeurs fibreuses de la paroi abdominale contractent avec le péritoine des adhérences telles qu'il faut réséquer le péritoine. Même lorsqu'on fait une résection étendue de péritoine, souvent on peut l'attirer, faire une suture.

Evidemment, si on a été obligé de sacrifier beaucoup de muscles et d'aponévroses, les malades sont exposés à l'éventration. Il y a des cas où on peut songer à faire des endoprothèses en caoutchouc, mais la réparation avec les tissus est préférable.

(*Leçon recueillie par le Dr* LAPORTE.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1924.

Phlegmon gangréneux du plancher buccal et sérum antigangréneux. — M. *Hallopeau* rapporte une observation de M. Lheureux concernant un cas de phlegmon gangréneux de la région sublinguale, traité après incision par des pansements de sérum polyvalent antigangréneux, des injections de sérum, et des lavages à l'eau oxygénée. Les plaques de gangrène s'éliminèrent normalement et une amélioration progressive succéda rapidement à ce traitement. Cependant la région carotidienne fut envahie à son tour. Mais les mêmes soins appliqués amenèrent la guérison définitive.

Ce succès est évidemment dû à l'emploi du sérum antigangréneux polyvalent, car dans trois autres cas traités autrement, la mort a été rapide.

A cette occasion M. H. communique un cas personnel de phlegmon gangréneux de la loge carotidienne droite consécutif à un phlegmon du plancher buccal et dans lequel un emploi intensif du sérum antigangréneux en pansement local et en injections a donné un résultat excellent. Le sterno-scléïdo-mastoïdiens atteint de sphacèle, dut être enlevé en totalité, mais son absence n'a pas paru amener de gêne ultérieure bien notable.

Ulcères perforés en péritoine libre. — M. *Fredet* rapporte 4 observations de M. Desplats concernant des cas d'ulcères de l'estomac perforés en péritoine libre. Dans un cas, l'opération fut tardive et le malade déjà atteint de péritonite généralisée a succombé. Les trois autres cas, opérés à la 3e, à la 6e et à la 5e heure, traités par la suture après excision suivie de gastroentérostomie complémentaire (faite pour remédier à des rétrécissements du pylore) ont guéri.

Gangrène des extrémités et sympathicectomie (*suite de la discussion*). — M. *Ans. Schwartz* résume et clôt la discussion qui s'était engagée sur l'observation qu'il avait communiquée. La pathogénie de l'insuffisance vasculaire dans les cas de ce genre.

© BIU Santé

dont plusieurs ont été communiqués, reste obscure. Quoi qu'en ait dit M. Leriche, on ne peut guère penser qu'il s'agisse dans ces cas de thrombose des artères iliaques ou de l'aorte abdominale, car, et M. Leriche l'a d'ailleurs fait remarquer, la sympathicectomie périfémorale resterait alors forcément sans effet Or dans le cas cité, cette dénudation donna un résultat nettement favorable et durable.

A propos de la rachianesthésie (*suite de la discussion*). — M. *Auvray* communique un cas de mort consécutif à la rachianesthésie à la novocaïne à 6 %, survenue chez une malade, très cachectique, atteinte de kyste de l'ovaire. L'injection fut immédiatement suivie de pâleur intense et malgré tous les efforts la malade mourut cinq minutes après l'injection. Cette méthode d'anesthésie a donc ses risques comme toute autre. Aussi ne doit-on pas l'employer indistinctement mais de préférence chez des sujets vigoureux ayant une tension sanguine suffisante. Il semble utile de faire avant le début de l'anesthésie une injection de 25 à 50 centigr. de caféine. Il paraît bien certain que dans certains cas l'anesthésie reste insuffisante et cela sans qu'on puisse, comme le pense M. Dujarrier, incriminer une faute de technique.

Enfin il est un danger qu'on passe souvent sous silence : c'est la possibilité de paralysies tardives, que les oculistes ont signalées ainsi que les neurologues. Terrien a noté des paralysies tardives, le plus souvent transitoires de la 6e et de la 8e paire et Guillain a également signalé des troubles nerveux plus ou moins graves et durables.

Discussion sur le traitement des fractures bimalléolaires graves (*suite*). — M. *Fredet* estime que si, dans les observations communiquées par M. Guimbellot, ce dernier a eu raison de pratiquer une ostéosynthèse et en a obtenu un excellent résultat, il lui paraît difficile de préconiser, comme le fait M. Alglave, l'ostéosynthèse dans tous les cas de fracture grave des malléoles. S'il s'agit de fracture irréductible ou dont la réduction ne peut être maintenue par un plâtre, l'ostéosynthèse s'impose. Mais cette pratique doit être réservée à des cas assez rares, et il est dangereux de conseiller l'ostéosynthèse dans la majorité des cas, celle ci ne devant d'ailleurs être pratiquée que par des chirurgiens ayant la pratique de ces interventions.

M. Fredet montre les radiographies d'une fracture bimalléolaire à grand déplacement, dans laquelle d'après M. Alglave, l'ostéosynthèse eût été nécessaire et qu'il a cependant pu réduire et maintenir de façon très satisfaisante à l'aide d'un plâtre.

M. *Gernez* a constaté qu'il était parfois difficile de maintenir la réduction un temps suffisant pour que le plâtre soit bien sec. Il recommande dans ces cas l'usage de l'attelle de Dupuytren mise en place avec une bande élastique.

M. *Thierry* estime que la réduction est le plus souvent facile à obtenir et que la contention, bien que plus difficile, est cependant possible à réaliser avec un appareil bien surveillé, mis en bonne position jusqu'à siccité parfaite.

M. *Savariaud* est d'avis que la réduction est facile lorsqu'on emploie la rachianesthésie préférable à l'anesthésie générale qui exagère souvent les contractures musculaires. Il faut un plâtre qui sèche vite, et il ne faut le quitter que quand il est sec. Si M. Algrave a de si bons résultats dans ses ostéosynthèses c'est qu'ensuite il met lui-même et avec soin son plâtre Il aurait aussi de bons résultats sans ostéosynthèse s'il mettait autant de soins à ses appareils plâtrés.

M. *Souligoux* est également opposé à l'ostéosynthèse mais il est partisan de l'anesthésie générale et M. *Mouchet* est également de cet avis.

M. *Basset* penche vers l'opinion de M. Alglave. Il signale les bons résultats de la traction continue pour obtenir la réduction.

M. *Hartmann* pense que si les fractures graves sont souvent si difficiles à réduire c'est qu'on ne fait pas la réduction d'assez bonne heure. Elle est d'autant plus facile qu'on la pratique plus tôt après la fracture.

M. *Tuffier* insiste également sur ce point et a constaté qu'en effet les résultats obtenus sans opération sont meilleurs quand on intervient vite et qu'on surveille soi-même les appareils.

M. *Lenormant* demande qu'on apporte des résultats plutôt que des radiographies car seuls les résultats fonctionnels obtenus sont à considérer et tel blessé peut marcher parfaitement avec une réduction peu satisfaisante à l'écran et inversement.

M. *Chevrier* recommande l'usage du sulfate de potasse pour obtenir des plâtre qui sèchent vite.

M. *Auvray* estime que les fractures bimalléolaires sont rarement justifiable d'ostéosynthèse.

Séance du 16 janvier 1924

Après le discours du président et le compte rendu des travaux de la société pendant l'année écoulée, M. J.-L. Faure prononce **l'éloge de Farabeuf** « cet homme qui n'était pour ainsi dire jamais entré dans une salle d'opération » mais qui cependant est peut-être « celui qui a eu l'influence la plus profonde et la plus décisive sur la perfection de la technique opératoire et sur le développement incomparable de l'Art chirurgical francais »

... Il est difficile, lorsqu'on n'a pas vu Farabeuf, lorsqu'on n'a pas vécu près de lui, lorsqu'on ne connaît de lui que son œuvre matérielle, cette Ecole Pratique, où des milliers et des milliers de médecins sont venus, viennent et viendront s'initier à l'anatomie, il est difficile de se rendre compte de l'influence qu'il a personnellement exercée sur tous ceux qui ont eu la bonne fortune de faire leurs premiers pas dans la chirurgie à l'heure miraculeuse de sa transformation. Il faut l'avoir vu, il faut l'avoir entendu pour comprendre la profondeur de son action.

Personne n'a jamais su donner à l'enseignement de l'anatomie, la puissance de vie, la flamme d'action et d'enthousiasme que savait lui donner Farabeuf. Il fut un professeur incomparable, tel qu'on n'en avait jamais vu et qu'on n'en reverra jamais. Et c'était un spectacle véritablement stupéfiant que de voir, à quelques minutes d'intervalle, aux grands jours de la pleine vigueur du génie qui brûlait en lui, la transfiguration de cet homme.

Dans l'ombre grise d'une brumeuse après-midi d'hiver, sous la lumière incertaine et tremblante, un peu avant l'heure du cours, on voyait sortir de l'étranglement ténébreux de la rue de l'Ecole-de-Médecine, un être à l'aspect étrange, tassé, voûté, courbé, traînant péniblement ses pieds endoloris recouverts de feutres informes, vêtu d'un vieux manteau à longue pèlerine, coiffé d'un vieux chapeau enfoncé jusqu'aux yeux et le bas du visage enseveli sous le triple repli d'un cache nez immense, vieux comme tout le reste et dont les extrémités descendaient en désordre jusqu'au millieu du dos. Dans l'intervalle, entre le vieux chapeau et le vieux cache-nez se profilait un nez que chevauchaient plusieurs lorgnons superposés, dont un toujours muni de verres noirs pour protéger ses pauvres yeux contre l'éclat de la lumière.

Et puis, quelques minutes après, on voyait entrer dans le grand amphithéâtre, dont les gradins ne laissaient pas voir une place vide, sous la grande clarté des lumières, le même homme, toujours un peu courbé, mais débarassé de ses étranges vêtements dont il ne conservait qu'une redingote un peu longue. Il était agité, il était nerveux, car la leçon qu'il allait faire était toujours pour lui une épreuve émouvante. Sa figure osseuse, au front large et dégarni, aux sourcils accusés, au nez énergique et bien dessiné, aux lèvres minces, au menton volontaire qu'encadraient des favoris grisonnants, — sa figure osseuse, sous l'influence de l'émotion intérieure et peut-être aussi de quelque souffrance cachée — car il souffrait toujours — présentait une sorte de crispation contenue, une rigidité douloureuse, qu'accentuait encore la profondeur des plis qui se creusaient sur son visage. Il s'avançait ainsi jusque vers le milieu de la longue table dont il effleurait machinalement le tapis vert du bout de ses doigts amaigris. Et puis, lorsque l'agitation causée par son entrée dans l'immense auditoire s'était un peu calmée, il levait vers les hauteurs de l'amphithéâtre son visage aux yeux douloureux et il commençait sa leçon. Sa voix était faible, cassée, chevrotante, avec des intonations sourdes, des réson-

© BIU Santé

nances métalliques. Des mots, des phrases entières échappaient à l'oreille la plus attentive. Peu à peu, cependant, sa parole devenait plus ferme, sa voix plus forte et plus mordante, sa physionomie s'éclairait, elle s'égayait même parfois d'un sourire et sa démonstration s'accompagnait de gestes expressifs et quelquefois d'un pittoresque qui dépassait la mesure commune. Car il ne reculait devant rien lorsqu'il voulait se faire comprendre et faire pénétrer sa pensée dans la pensée de ceux qui l'écoutaient. Je l'ai vu, pour illustrer l'explication de certains mouvements articulaires, monter sur une chaise et peut-être même sur la table, je l'ai vu retirer la manche de son vêtement pour y chercher des comparaisons incroyables, mais qui frappaient par leur vérité l'esprit des élèves d'une façon qui ne s'effaçait plus. Je l'ai vu sortir de sa poche ou prendre sous la table des appareils extraordinaires, des machines avec des ressorts et des élastiques, appareils qu'il avait profondément étudiés et construits lui-même et qui démontraient avec une clarté merveilleuse le rôle et le mécanisme de certaines articulations. Et lorsqu'il prenait ses crayons de couleurs pour illustrer ses descriptions de dessins qu'il exécutait au tableau, avec une exactitude, une précision et une élégance sans pareilles, en montrant en même temps l'action de chaque muscle, le rôle de chaque saillie osseuse, la fonction de chaque ligament, sa leçon devenait une magnifique évocation et comme une résurrection de la nature elle-même. Il ne restait plus trace alors de son émotion du début ; il se donnait tout entier et malgré les marques d'une fatigue parfois trop visible, lorsqu'il était dans tout le feu, dans toute l'ardeur, dans tout l'enthousiasme de sa description, nul n'eût pu reconnaître l'étrange et pitoyable passant qui tout à l'heure se traînait péniblement dans la rue, dans cet homme extraordinaire, dans ce démiurge à la parole ardente et aux gestes illuminés, qui connaissait les secrets de la vie et qui savait faire pénétrer dans l'âme de ceux qui l'écoutaient ce qu'il avait appris lui-même en cherchant à surprendre les secrets de la mort.

Ainsi m'apparut Farabœuf quand j'assistai pour la première fois à ses leçons, dont le souvenir est resté profondément gravé dans ma mémoire. C'était en 1886, alors qu'il venait d'être nommé professeur, et cet enseignement si vivant ne nous faisant pas regretter celui du vénérable professeur Sappey, que je vois encore, avec sa tête fine et ses longs cheveux blancs, discourant solennellement devant les gradins vides du grand amphithéâtre ! Farabœuf était alors dans toute la puissance de son talent. Il avait atteint ce qui semblait être le but suprême de sa vie, et c'est à ce moment que la maladie qui l'avait torturé vint s'abattre sur lui plus cruellement que jamais.

Farabœuf était né à Beton-Bazoches, où ses parents possédaient une ferme d'une centaine d'hectares. Il y vécut ses jeunes années jusqu'au jour où, au sortir de l'école communale, on le mit en pension au collège de Provins.

... C'est en 1859 qu'il vint commencer à Paris ses études de médecine. Rien n'est plus difficile que d'analyser les sentiments souvent obscurs qui décident de cet évènement capital, dans la vie de chaque homme qu'est le choix d'une profession Il y avait à Breton-Bazoches un vieux médecin, ami de la famille, et notre jeune étudiant n'avait alors d'autre ambition que de venir le remplacer quand il aurait terminé ses études.

Celles-ci se poursuivirent sans incidents particuliers. Il avait l'intelligence, il avait l'ardeur au travail. L'externat n'a jamais été un obstacle bien difficile à franchir. Il fut donc rapidement externe, et en 1864, il était interne, quatorzième d'une promotion où nous ne rencontrons, à part le sien, aucun de ces noms éclatants qui survivent à ceux qui les ont illustrés. L'année précédente, il avait été provisoire à Bicêtre où son nom se trouve encore sur les murs de la vieille salle de garde où persiste toujours le souvenir de tant disparus...

C'est vers cette époque que survint un évènement qui eut une influence profonde sur l'orientation définitive de sa carrière, mais qui fit en même temps de lui, pour le reste de ses jours, un malheureux que d'incessantes et cruelles souffrances laissèrent jour et nuit sans trêve et sans repos.

Son père était sérieusement malade. C'était en hiver ; il faisait froid ; il tombait une pluie glaciale. Les moyens de communications n'étaient pas ce qu'ils sont aujourd'hui et c'était tout un voyage que d'aller à Beton-Bazoches. Il prit froid et s'enrhuma gravement. Il était venu pour soigner son père et ne put se soigner lui-même. Des phénomènes d'otite ne tardèrent pas à se manifester, d'autant plus graves qu'à cette époque personne ne s'occupait de soigner les affections de cette nature. Il sortit de cette crise à peu près sourd, avec des bourdonnements d'oreilles incessants et terribles, qui le harcelèrent sans cesse et qui furent la torture de toute sa vie.

Sa surdité, ses bourdonnements, ses souffrances allaient en s'aggravant. Il en fut profondément affecté, il se rendit compte qu'avec une aussi mauvaise santé, il lui serait impossible d'affronter les dures fatigues qui sont inséparables de ce noble métier de médecin de campagne, école de toutes les vertus professionnelles, où l'on rencontre, dans tous les coins de la France, des hommes qui sont les meilleurs d'entre nous, qui élèvent notre profession à une sorte d'apostolat bienfaisant, et qui cultivent avec une admirable simplicité toutes les vertus qui sont l'honneur de l'humanité. Il pensa, car il sentait sans doute naître au fond de son âme ce feu sacré qui le consuma pendant toute sa vie, il pensa qu'il valait mieux pour lui, si sa santé le permettait, se consacrer à l'enseignement et il se lança résolument sur l'âpre chemin des concours.

Il était interne de Verneuil lorsqu'il se présenta à l'adjuvat. Quand le concours fut terminé, Paul Broca, qui était juge, rencontra son ami Verneuil : « Nous avons eu dans ce concours, lui dit-il, un nommé Farabeuf. C'est un candidat remarquable. Aucun de nous n'en avait entendu parler, et c'est la seule raison pour laquelle il n'a pas été nommé. » Car à cette époque, comme aujourd'hui peut-être et sans doute comme toujours, il pouvait être utile d'être appuyé dans un concours par une sympathie agissante. — « Le connais-tu ? » ajouta Broca. — « Mon interne s'appelle Farabeuf, lui répondit Verneuil, mais j'ignore s'il a concouru. » Et le lendemain, interpellant son interne : « Dites-donc, mon petit, est-ce que vous avez concouru à l'adjuvat ? — Oui, monsieur. — Petit imbécile ! Pourquoi ne me l'avez-vous pas dit ? Vous auriez été nommé. »

Cet échec, aussi honorable que peut l'être un échec, n'était pas fait pour le décourager et l'année suivante il fut nommé premier, à l'unanimité du jury et aux acclamations de ses concurrents, qui le portèrent en triomphe jusqu'au coin de la rue de l'Ecole-de Médecine, au café de la Rotonde, où cet évènement mémorable fut célébré comme il convient par l'absorption obligatoire d'une grande quantité de bocks.

C'est en 1869 qu'il connut, dans le pavillon de dissection qu'il dirgeait, un jeune élève attentif et laborieux pour lequel il se prit d'une grande affection, qui devait s'accroître au cours des années. Ce jeune étudiant s'appelait Pinard, et j'aurai l'occasion de revenir sur l'étroite et féconde collaboration qui s'établit entre eux pour la plus grande gloire de l'obstétrique française.

Pendant la guerre, Farabeuf, bien qu'exempté du service, s'engagea comme tant d'autres et fut successivement médecin d'un bataillon de la garde nationale et chargé d'un service à Saint-Antoine. Dès 1871, il passe sa thèse, en 1872 il est prosecteur ; en 1873, il est battu par Mathias Duval au concours d'agrégation d'anatomie. En 1876, il est nommé.

Alors il s'attaqua à ce qui devait être la grande œuvre de sa vie l'organisation des études anatomiques. Dès le mois de mai 1876, il publiait dans le *Progrès médical* tout un plan de réformes qu'il avait eu le loisir d'étudier pendant son séjour dans les amphithéâtres de dissection, trois ans à Clamart et sept ans a l'Ecole Pratique. C'est l'exposé détaillé, plein de bon sens et de clarté, d'une organisation nouvelle qui est celle qu'ont connue les hommes de ma génération, et à laquelle nous devons tous, tant que nous sommes, la solidité de nos connaissances.

C'est, qu'en effet, ceux qui n'ont pas connu l'enseignement de l'anatomie à la Faculte de médecine de Paris, avant les

© BIU Santé

réformes profondes qui sont dues exclusivement à Farabeuf — et à lui seul — ont quelque peine à s'imaginer qu'un état de choses aussi lamentable ait pu persister si longtemps, et qu'il ait fallu attendre jusqu'à ce révolutionnaire pour porter la hache dans les terrements du passé, et pour organiser un enseignement d'après les règles du simple bon sens. Il y avait bien un professeur d'anatomie, Sappey, un chef des travaux anatomiques, Marc Sée, des prosecteurs, des aides d'anatomie. Mais malgré tout ce personnel, l'enseignement était, en fait, inexistant. En réalité, disséquait qui voulait, ou qui pouvait ! L'Ecole Pratique de dissection siégeait à cette époque dans les vieux bâtiments de la rue Vauquelin qu'ont connus pas mal d'entre nous, avec ses pavillons en bois, qui, bien que provisoires, ont cependant fini par disparaître. Et ceux qui ont connu ces masures antiques avec leurs vieilles cours et leurs murs délabrés, ne sauraient oublier certains de leurs recoins, comme ce funèbre dépôt où s'entassaient dans des cuves immondes d'affreux débris anatomiques, têtes aux yeux absents, thorax décapités, membres épars, à demi dévorés par des rats monstrueux que l'on mettait en fuite en pénétrant dans cet abominable et lugubre charnier.

Il n'y avait, dans ces pavillons humides et glacés, ni appels des élèves, ni leçons régulières ; les aides d'anatomie et les prosecteurs, qui ne recevaient qu'une indemnité dérisoire, se bornaient à donner des leçons particulières aux élèves qui voulaient bien, pour s'instruire, faire quelques efforts et quelques sacrifices. On ne tenait aucun compte de leur état d'instruction relative. Des étudiants de troisième et de quatrième année, qui avaient déjà quelques notions anatomiques, disséquaient sur le même sujet que des élèves de première année qui voyaient un cadavre pour la première fois. Ceux-ci étaient, d'ailleurs, en nombre insuffisant, mal conservés, mal injectés. Chose incroyable, il n'y avait pas assez de sièges pour tous les étudiants. Certains pavillons manquaient de lavabos, de tableaux noirs, et l'Administration de la Faculté avait une fois refusé de dépenser plus de 2 francs par an pour acheter les crayons de couleur réclamés par l'Ecole Pratique !

Bref, l'inorganisation de l'enseignement anatomique touchait au scandale, et il est véritablement incroyable qu'il ait fallu la ténacité, l'énergie et le feu sacré d'un homme comme Farabeuf pour renverser cet édifice vermoulu, qui aurait dû s'effondrer tout seul, si l'inertie des bureaucrates, la jalousie des médiocres et la puissance de la routine n'avaient pas été là pour le protéger, comme la triple enceinte d'une citadelle imprenable.

Tout est prévu dans les articles du *Progrès médical* auxquels je viens de faire allusion : moyen de se procurer des cadavres en plus grand nombre, de les injecter, de les conserver dans des dépôts dont Farabeuf décrit les dispositions nécessaires ; architecture et dimensions des pavillons de dissection, avec leur vestiaire et leurs robinets à eau chaude, avec leur chauffage et leur éclairage, leurs tables en ardoise d'un nettoyage facile, avec l'estrade et le tableau noir pour les leçons, les pièces anatomiques dans des vitrines et les planches sur les murailles.

L'organisation de l'enseignement n'est pas moins bien étudiée que l'organisation matérielle. Les élèves commenceront par le commencement, par l'ostéologie, car l'étude du squelette, de la charpente qui soutient tout l'édifice du corps humain, est l'étude fondamentale. Les élèves de première année disséqueront ensemble, dans les mêmes pavillons ; on leur enseignera d'abord l'anatomie des membres, muscles, articulations, vaisseaux et nerfs. L'anatomie de la tête, des viscères, des régions difficiles sera le lot des étudiants de seconde année, réunis, eux aussi, dans des pavillons séparés. Le prosecteur, trois fois par semaine, les aides d'anatomie, une fois chacun, feront devant les élèves des démonstrations pratiques. Ils les surveilleront, les interrogeront, les aideront de leurs conseils ; ils recevront d'ailleurs, à cet effet, des indemnités qui impliqueront pour eux le devoir de s'occuper sérieusement de leur tâche. Tout est prévu, tout est discuté, tout est résolu dans ce projet d'organisation, d'où est sortie l'Ecole Pratique telle que nous l'avons connue et telle que Farabeuf, chef des travaux anatomiques à partir de 1878, l'a fait construire sous ses yeux, l'a inaugurée en 1883, et en a fait, pour le plus grand bien des élèves, et pour la plus grande renommée de la Faculté de Médecine de Paris, la première Ecole anatomique du monde.

Mais pendant la construction de l'Ecole pratique actuelle, c'est dans la vieille Ecole de la rue Vauquelin que Farabeuf a accompli le meilleur de son œuvre. C'est là qu'il a pu satisfaire sa passion pour l'anatomie, c'est là qu'il a préparé son *Manuel opératoire* et dessiné la plupart de ses planches. Il y travaillait tout le jour, depuis les premières heures de la matinée, jusqu'à 8 ou 9 heures du soir. L'indispensable obligation du déjeuner n'interrompait même pas son travail. Il faisait cuire lui-même une côtelette ou deux œufs sur le plat sur un fourneau à gaz qu'il avait installé et déjeunait tout en travaillant. Quand il rentrait chez lui, comme on le grondait doucement de son retard : « J'ai fait mon devoir, disait-il, et le lendemain il recommençait »!

Farabeuf n'avait pas que l'amour de l'anatomie, il avait également les qualités nécessaires à son étude. Il disséquait admirablement. « Disséquer mal, dit-il, quelque part, c'est s'exercer à la maladresse, c'est se préparer à l'incapacité médicale la plus absolue ». Il est d'ailleurs évident que l'un ne va pas sans l'autre, et qu'on ne saurait concevoir un homme se passionnant pour les descriptions et les interprétations anatomiques, alors qu'il serait lui-mme incapable de réaliser une belle préparation.

Un jour, notre collègue Jalaguier, qui était prosecteur rue Vauquelin, et qui, vraisemblablement, ne se doutait pas de la place qu'il tiendrait dans notre estime et dans notre affection, disséquait sans enthousiasme les muscles des gouttières vertébrales, et paraissait se perdre quelque peu dans leurs inextricables faisceaux, Farabeuf survint et le houspilla vertement, non sans accompagner sa semonce de quelques-unes de ces apostrophes un peu crues qu'il réservait à ceux qu'il aimait. Et comme pour démontrer que ces observations étaient justifiées, il fit transporter la préparation dans son cabinet et se mit lui-même à l'ouvrage. Le lendemain, il faisait voir à Jalaguier une préparation merveilleuse, si belle que celui-ci n'en a jamais perdu le souvenir !

C'est donc ainsi que se constitua, par la volonté de Farabeuf et sous son unique impulsion, l'Ecole Pratique que nous avons connue. En 1878, nommé chef des travaux anatomiques, il travailla à la construction des nouveaux locaux. Mais il alla plus loin. Il pensait aussi que tout médecin que les événements de sa carrière peuvent mettre dans l'obligation de pratiquer une opération, doit posséder des notions fondamentales de médecine opératoire, et c'est ainsi qu'il institua ces exercices auxquels devaient participer tout les élèves, exercices que la pénurie de plus en plus grande des cadavres rend de plus en plus difficiles : mais qui n'en sont pas moins d'une indiscutable nécessité. Cette activité, cette passion pour la rénovation des exercices opératoires eurent un résultat plus immédiat, plus direct et peut-être même plus considérable. Elles le conduisirent à étudier lui-même afin de mieux enseigner aux autres, et c'est ainsi qu'il publia cet ouvrage qui nous paraît si simple, son *Précis de manuel opératoire*, œuvre durable, d'une précision merveilleuse et qui ne sera jamais dépassée. En 1872 avait paru son petit livre sur les *ligatures*, et c'est seulement dix ans après, en 1881, que paraissait à son tour le *Manuel des amputations*. Ces deux ouvrages réunis constituèrent le livre que nous avons tous dans les mains, livre auquel il ajouta plus tard les *Résections*, et au cours des éditions sucessives, quelques chapitres sur certaines opérations particulières, d'ailleurs en très petit nombre, qui s'éloignent plus ou moins de la médecine opératoire cadavérique qu'il avait coutume de faire, qu'il connaissait merveilleusement et qui se rapprochent, au contraire, de la chirurgie obstétricale proprement dite, ou de la chirurgie général e qu'il connaissait moins, qu'il jugeait plus compliquée qu'elle ne l'est en réalité, qui n'ajoutent pas grand chose à la valeur de son livre, et qu'on en pourrait peut-même supprimer avec avantage, ne fût-ce que pour lui restituer sa belle unité d'autrefois.

L'œuvre écrite de Farabeuf doit une partie de sa valeur, non seulement à la précision des détails qui relient d'une façon pour ainsi dire fatale les déterminations opératoires aux dispo-

© BIU Santé

sitions anatomiques, mais à l'exactitude et à l'incomparable effet démonstratif des dessins qui l'illustrent à chaque page. Or, ces dessins sont tous de la main de Farabeuf. Ils les a créés lui-même, non sans travail, car beaucoup d'entre eux sont le résultat d'études approfondies, de dissections multipliées, dont il fixait tous les détails dans de nombreux croquis qui lui servaient ensuite pour établir la synthèse définitive, et nous pouvons avoir la certitude qu'il n'en est pas un seul qui ne soit profondément étudié et qui ne représente la vérité anatomique, autant du moins que celle-ci peut-être représentée.

Mais son œuvre iconographique ne se limite pas à celle que nous trouvons dans ses livres, aussi bien dans son *Manuel opératoire* que dans son *Introduction à l'étude des accouchements* — écrite avec Varnier — magnifique travail d'anatomie obstétricale. Il avait dessiné pour l'École pratique un grand nombre de planches murales, qui ont rendu aux étudiants d'inappréciables services, qui ont servi de modèle aux planches analogues exécutées depuis et qui constituent aujourd'hui une collection qui n'a que je sache son équivalente dans aucune Ecole du monde.

Ce talent de dessinateur, il ne le possédait pas seulement l'orsqu'il élait penché sur sa table de travail, dans le silence de son cabinet. Il le possédait encore, il l'exaltait même, s'il est possible, devant le tableau de l'amphithéâtre au cours de ces leçons extraordinaires que n'oublieront jamais ceux qui, comme nous, ont eu le privilège, maintenant bien lointain, de les suivre et de s'en nourrir.

En 1877, Farabeuf avait été élu membre de la Société de chirurgie où il ne vint guère, à laquelle il communiqua cependant d'intéressants travaux. Il démissiona en 1888, jugeant qu'il pouvait mieux employer son temps qu'à assister à nos séances, où il lui était impossible, à cause de sa surdité de plus en plus forte, de suivre les discussions — et même peut-être de les troubler par le bruit de ses conversations avec ses voisins.

Il ne devait plus revenir. Mais voici qu'aujourd'hui après trente-cinq années, il semble que son âme errante soit présente au milieu de nous ! Il revit dans nos cœurs et dans notre mémoire et cette salle fervente et recueillie est pleine de son souvenir !

En 1886, la Faculté consacra cette carrière toute remplie d'œuvres utiles et durables en appelant Farabœuf à occuper la chaire d'anatomie laissée vacante par la retraite du Professeur Sappey, et c'est alors qu'il inaugura au grand amphithéâtre de la Faculté ces leçons d'anatomie qui donnèrent à son enseignement un si magnifique éclat, car il était alors dans la pleine puissance de son enthousiasme et de son talent.

C'est à peu près vers cette époque qu'il se prit d'une passion soudaine pour les études obstétricales. J'ai déjà dit comment les évènements avaient mis sur sa route, dès 1869, Pinard qu'il avait connu dans son pavillon de dissection et avec lequel il s'était lié d'une amitié qui n'avait fait que s'accroître avec les années. Plus tard, il avait rencontré Varnier, il avait deviné son intelligence et sa puissance de travail, il l'avait aidé de toutes ses forces, il l'avait pris à son foyer, il en avait fait son fils intellectuel et lorsque Varnier avait orienté sa vie vers les études obstétricales, il l'avait donné à Pinard, de sorte qu'ils'établit bientôt, entre ces trois hommes également enthousiastes de leur art, une étroite collaboration scientifique, d'où sortirent les merveilleux travaux surl'anatomie obstétricale du bassin avec leurs acquisitions définitives et les belles études qui passionnèrent à cette époque les milieux obstétricaux sur la symphyséotomie et sur l'ischiopubiotomie. Farabœuf donna dans ces divers travaux la mesure de l'admirable précision de son esprit. Il introduisit, peut-être même avec un peu trop de conviction, les mathématiques et la géométrie dans le calcul de l'accroissement de l'aire pelvienne à la suite de la section de la symphyse et de l'écartement de pubis. Il montra comment, dans le bassin oblique ovalaire des Nægelé avec symphyse sacro-iliaque, la symphyséotomie seule ne donne qu'un accroissement insuffisant, tandis que la section des branches pubienne et ischio-pubienne au niveau du trou obturateur, du côté où existe la soudure sacro-iliaque, permet au contraire à une tête fœtale assez volumineuse de franchir le détroit supérieur.

Farabœuf, après avoir donné la théorie de cette opération, en régla avec une grande précision le manuel opératoire, et Pinard la pratiqua pour la première fois le 9 novembre 1892.

Pinard, rendant à celui qui avait de toutes pièces créé cette opération la justice qui lui était due, proposa le nom de Farabeuf. Il y eut à ce sujet de mémorables polémiques et Farabeuf publia dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, en 1892 et 1893, des articles comme il savait les faire, pittoresques, mordants, pleins de verve et de feu, parfois de brutale franchise et dans lesquels il malmena rudement ses adversaires, car il avait la dent dure et n'avait pas peur des mots. La symphyséotomie est passée de mode, depuis que la césarienne est devenue bénigne — peut-être même a-t-elle été trop délaissée — mais le souvenir de ces discussions ne s'est pas encore effacé et les travaux de Farabeuf demeurent comme un modèle de jugement, de bon sens et de précision.

Cependant Farabeuf, emporté par son enthousiasme et poussant un peu trop loin l'application des méthodes mathématiques à des objets qui ne les comportent pas, s'était persuadé, non sans calculs à l'appui de sa conviction, que le forceps est un instrument redoutable et très souvent responsable de l'écrasement des têtes fœtales. Peut-être avait-il raison en théorie, mais en fait, nous savons tous quel merveilleux instrument est le forceps et quels services il rend entre les mains de ceux qui savent s'en servir.

Toutefois ces recherches n'ont pas été vaines. Elles ont montré les lésions produites sur la tête fœtale dès qu'on emploie la force pour l'extraire d'un bassin rétréci. Farabeuf a fait réaliser ainsi un progrès considérable à l'obstétrique opératoire. Si tous les moyens qu'il a proposés pour supprimer ces inconvénients n'ont pu être admis en clinique, les applications de forceps avec extraction par force de la tête fœtale sont définitivement condamnées.

Toujours préoccupé des dimensions relatives de la tête fœtale et de la filière pelvienne, et toujours esclave de ses mathématiques, Farabeuf avait créé un instrument fort ingénieux, le mensurateur-levier-préhenseur, destiné tout à la fois à mesurer le bassin et à saisir la tête fœtale sans lui faire courir aucun risque. Mais le succès de son instrument ne répondit point à son attente. Une fois de plus, il fut constaté que la laboratoire ne remplace pas la clinique.

Farabeuf en conçut une grande amertume ; il était arrivé à une période de sa vie où il était las de souffrir, irascible et quelque peu aigri. Il en vint à penser que les meilleurs de ses amis, ceux auxquels il avait prodigué ses conseils et les trésors de son savoir, ne soutenaient pas ses idées avec toute l'ardeur qu'il mettait lui-même à les défendre et il les mit un jour dans l'obligation douloureuse de choisir entre leurs convictions et la perte de son amitié...

Cette période, pendant laquelle il se passionna pour les études obstétricales, fut une des plus fécondes de sa vie, une de celles où son activité créatrice se donna le plus libre cours et où ses recherches originales ont laissé des traces durables.

Malheureusement Farabeuf, qui jetait à tous les vents les trésors de sa science et de son enseignement, qui avait sur presque tous les points de l'anatomie humaine des vues personnelles et profondes, n'a point écrit tout ce qu'il savait, et lorsque ceux qui ont entendu quelques-unes de ses descriptions et qui en ont conservé la mémoire sans être capables de les reproduire, lorsque ses élèves directs, qui se font de plus en plus rares, ne seront plus là pour en perpétuer le souvenir, toutes ces conceptions originales, toutes ces leçons flamboyantes qui soulevaient en même temps l'enthousiasme et l'admiration de ceux qui les écoutaient, disparaîtront a jamais de la mémoire des hommes. Elles seront perdues pour toujours et cette fois révélatrice que nous avons si souvent entendue sera pour ceux qui viendront après nous comme si elle n'avait jamais retenti sous les voûtes des amphithéâtres.

C'est un irréparable malheur. Mais Farabeuf n'en est pas responsable. Il n'en faut accuser que l'éternelle souffrance qui a fait de sa vie un interminable supplice : bourdonnements d'oreilles incessants qui l'exaspéraient, poussées d'iritis tou-

© BIU Santé

jours renouvelées qui le faisaient cruellement souffrir et l'obligeaient à protéger ses yeux contre la lumière du jour, crises rhumatismales s'attaquant successivement à tous ses membres endoloris, insomnies perpétuelles, douleurs partout et toujours. C'est une croix lourde à porter pour un homme, quelle que soit sa trempe morale et l'énergie de son caractère ! Il n'est donc pas étonnant que sous ces coups multipliés, celui-ci soit devenu quelque peu inégal : « La santé » disait Farabeuf avec ironie, dans une des rares périodes de répit, « la santé est un état provisoire qui ne présage rien de bon. » Mais il était souvent amer, désabusé, et sa misanthropie s'exhalait en phrases cruelles, en paroles cinglantes : « Si les morts » disait-il un jour à un de ses élèves, qui me l'a répété, « si les morts étaient aussi dégoûtants que les vivants, je n'aurais jamais pu faire d'anatomie. » Ne voyons là, cependant, que la marque d'une irritabilité passagère, qui ne tardait pas à s'effacer devant une sensibilité, une générosité qui ne connaissait pas de limites. Mais on se fatigue de souffrir et nous ne sommes plus au temps où l'humanité misérable n'avait d'autres armes contre la souffrance que la patience et la résignation. Et quelle vérité saisissante dans cette étude profonde que mon ami Dartigues, avec son éloquence entraînante et son verbe enflammé, vient d'écrire sur le thème éternel de la souffrance humaine, lorsqu'il proclame que le plus beau titre de gloire de l'homme, c'est d'avoir aboli la douleur ! Et quel est celui d'entre nous qui n'eût pas cherché un soulagement dans le poison terrible et bienfaisant auquel l'humanité doit de ne pas connaître la torture des grandes souffrances et les affres de l'agonie, mais auquel elle doit aussi quelques-unes de ses plus lamentables misères !

Nous ne le savions pas, nous tous qui vivions près de lui et qui mettions sur le compte de la maladie les signes trop visibles

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

*

DIPLOMES D'HONNEUR
****
Bruxelles 1910
Turin 1911

*

MÉDAILLES D'OR
****
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908

*



La boîte pour une semaine environ.

*

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

*

Exiger la marque
"SPHINX"
et la dénomination
"LACTAGOL"

*

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis**, *près* **Paris**
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
*****
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
*****
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à **SAINT-DENIS**, *près* **PARIS**
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

LABORATOIRES CARTERET
LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLOS SUR DEMANDE : 15, Rue d'Argenteuil, PARIS. R. C. Seine 185.284.

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation
DIURÈNE
Extrait total d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES - ARTÉRIO SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE PILULES

EURONAL
HYPNOTIQUE LÉGER
SÉDATIF NERVEUX
Comprimés rigoureusement dosés à
VÉRONAL SODIQUE ..... 0 gr. 15
EXTRAIT DE VALÉRIANE .... 0 gr. 10
INSOMNIES NERVEUSES, NÉVRALGIES (1 à 3 comprim. par jour)

ANTISEPTIQUE — — DÉSINFECTANT
LUSOFORME
FORMOL SAPONINÉ
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

© BIU Santé

d'une vieillesse prématurée, qui réduisirent peu à peu toutes les manifestations de son activité et l'obligèrent, en 1902, à quitter avant l'heure cette chaire où il n'avait pas eu le temps de donner toute sa mesure.

Et puis, pendant quelque temps, il disparut. Nous le savions dans son pays, s'efforçant de trouver dans les doux horizons, les bois et les labours de la terre natale cette sérénité profonde que donne à ceux qui chaque jour voient s'approcher le terme des fatigues et des agitations de la vie, la contemplation mélancolique des lieux où s'est écoulée leur enfance !

Tout à coup le bruit se répandit parmi nous — parmi ceux tout au moins qui ne connaissaient pas l'honneur de faire partie de l'Académie de Médecine, où il était entré en 1897 — que Farabeuf venait, à la stupéfaction de tous ses collègues, de faire, en guise de communication à cette illustre compagnie, une merveilleuse leçon sur les vaisseaux du bassin, une de ces leçons des beaux jours d'autrefois, accompagnées de ces impeccables dessins au tableau qu'il était seul à pouvoir faire — et nous vîmes quelques jours après reparaître au milieu de nous un homme nouveau, un Farabeuf régénéré, je dirai presque ressuscité, rose et gras, souriant, ayant quitté sa pèlerine et son éternel cache-nez et dont un seul lorgnon aux verres transparents, laissait voir les yeux rajeunis. Je laisse à penser la joie que nous eûmes tous à voir notre vieux maître ayant retrouvé les apparences d'une jeunesse que nous ne lui avions jamais connue.

C'est alors que nous apprîmes en même temps comment le le lamentable état dans lequel nous l'avions connu n'était pas dû, comme nous le pensions, à l'evolution naturelle d'une maladie sans espoir, mais aux ravages du poison dans lequel il avait cherché la guérison de ses souffrances, et comment il avait montré, pendant ces quelques mois d'absence, le courage très rare et l'admirable fermeté indispensable à celui qui tente, par sa volonté seule, de se délivrer du poison consolateur et de ses enchantements redoutables.

Bien qu'il fût alors sans aucune situation officielle, Farabeuf reprit en partie son activité d'autrefois. L'unanime désir de ceux qui l'avaient entendu et qui voulaient l'entendre encore fit abaisser devant lui les incoercibles barrières des règlements administratifs. Le grand amphithéâtre envahi jusqu'au faîte d'une foule enthousiaste, entendit de nouveau, à deux ou trois reprises, la leçon de celui qui, pour quelques jours, était redevenu le Maître !

Notre collègue Sébileau lui ouvrit aussi toutes grandes les portes de l'Amphithéâtre des Hôpitaux où il put encore, pendant quelques temps, donner libre cours à sa passion pour l'enseignement anatomique. Mais tout a une fin...

L'œuvre de Farabeuf a été immense.

C'est à lui que « nous devons d'être ce que nous sommes », dit M. J.-L. Faure. Si les chirurgiens français sont les premiers du monde, c'est parce qu'ils ont subi une discipline « qui les a soumis à une éducation bien comprise et développé merveilleusement leurs qualités naturelles ».

Or, cette discipline, qui fait leur force et leur grandeur, c'est à Farabeuf qu'ils la doivent. C'est son génie qui l'a découverte. C'est sa volonté persévérante qui la leur a imposée. Il faut le dire et le redire aujourd'hui, où certains semblent perdre de vue les principes qu'il a posés et paraissent croire que l'étude approfondie de l'anatomie n'a pas l'importance qu'on a coutume de lui attribuer, et que c'est perdre son temps que de s'appliquer, comme nous l'avons fait autrefois, aux exercices de médecine opératoire cent fois renouvelés qui ont été le lot des hommes de notre génération, et qui ont fait de nous ce que nous sommes.

Ceux qui ont au cœur le désir profond de consacrer leur vie à l'exercice de la chirurgie, à ce métier en même temps splendide et redoutable, qui met chaque jour dans nos mains le salut de ceux qui sont des hommes comme nous, qui font de nous des juges souverains de leur vie et de leur mort, ceux-là ont le devoir de n'affronter d'un cœur sans défaillance et d'une âme sans peur ces responsabilités quelquefois tragiques, que s'ils portent au fond de leur conscience le sentiment profond du droit que seul peut en donner la connaissance des sciences difficiles qui sont le fondement de notre art.

Oui, le sentiment que nous savons ce que nous devons savoir pour entreprendre une opération délicate, avec tous ses hasards et toutes ses surprises, est nécessaire à sa bonne exécution. Lui seul peut nous mettre à l'abri de ces tâtonnements de notre main, de ces hésitations plus graves de notre pensée devant les difficultés imprévues ; lui seul peut nous donner cette soudai-

(*Voir suitep.* 60.)

LIPOIDES H. I.

GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Ménopause, Senilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour

GYNOLUTEOL
CALMANT et SÉDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Ménorragies essentielles
Troubles de la castration
Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour

Dépôt Général : H. CARRION et Cie, 54, Fg St-Honoré, PARIS

R. C. Seine 56 627.

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE
GASTRITES AIGUËS ET CHRONIQUES
ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Nouveau Pansement gastrique complet

SÉDATIF — DÉCONGESTIF — CICATRISANT

Echantillons : BERTHIOT & Cie, Pharmaciens de 1re classe
1, Boulevard HENRI IV, à PARIS (4e)

R. C. Seine 65.463

ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie — Obstétrique
Gynécologie
Hygiène Privée

ANIODOL

ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre Typhoïde
Diarrhée verte des Nourrissons
Furonculose

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE

Échantillons aux Médecins sur demande — Laboratoires de l'ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique des systèmes sympathiques,

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec.

(*Suite*) (1).

B. — LÉSIONS DES SYSTÈMES SYMPATHIQUES DANS LES INTOXICATIONS.

Dans les *intoxications aiguës*, alors que les travaux sur les altérations cellulaires du système cérébro-spinal sont légion, les recherches sur les aspects des cellules sympathiques sont exceptionnelles.

Seule l'intoxication saturnine a été étudiée. Mosse a publié ses travaux qui sont corrélatifs des miens et que j'ai déjà cités.

Parmi les *intoxications chroniques*, l'intoxication saturnine, à cause de la colique de plomb, a depuis longtemps fait porter l'attention sur le plexus solaire. Tanquerel des Planches avait placé la colique de plomb sous la dépendance du grand sympathique (2) ; pourtant, sur 49 autopsies de ce genre, on a trouvé, d'après lui, une seule fois des ganglions abdominaux du grand sympathique augmentés de deux ou trois fois leur volume normal et colorés en gris jaunâtre, comparés aux mêmes ganglions de deux autres sujets ; Segond aurait aussi trouvé les ganglions et quelques filets nerveux du grand sympathique hypertrophiés et indurés (3).

Dans un cas de saturnisme chronique avec dyspepsie, coliques, vomissements, diarrhée et collapsus mortel, Kussmaul et Maier (4) ont vu une sclérose des ganglions solaires et cervical supérieur, avec prolifération du septum conjonctif et déformation des cellules.

J'ai indiqué plus haut les lésions sympathiques, que j'ai trouvées dans l'intoxication saturnine.

Je ne connais pas de travail d'ensemble sur les lésions du sympathique *céphalique* et *cervical* dans les intoxications.

Celles du système sympathique *cardiaque* sont encore peu connues.

Aussi vais-je insister sur le remarquable travail de René Sand (5) qui, à la suite d'un arrêt temporaire de la circulation générale, a trouvé dans le névraxe et les ganglions nerveux du cœur des lésions cellulaires caractérisées par la déformation globuleuse, l'atrophie, la chromatolyse partielle ou diffuse, la migration périphérique du noyau et la fragmentation des neurofibrilles. Il existait de plus « par places, une prolifération des cellules de la capsule, qui arrivaient à se loger dans des encoches de la cellule nerveuse ou même à l'intérieur de celle-ci. Dans tous les cas, les noyaux conjonctifs des couches périphériques de la capsule sont hyperplasiés ».

Ces faits sont à rapprocher de la constance des lésions des ganglions nerveux du cœur, constatée par Wénoulète (6) dans les péricardites toxiques ou infectieuses expérimentales.

J'ai insisté assez, à propos des péritonites, sur les lésions du plexus solaire, produites par les poisons généraux et locaux pour n'avoir pas à y revenir. Soit à rapprocher des intoxications, les avitaminoses. Or, dans la pellagre, d'après Langdon Brown (7), le manque de protéines assimilables amène des modifications structurales des ganglions sympathiques et de surrénales.

C. — LÉSIONS DES SYSTÈMES SYMPATHIQUES DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES.

Ces lésions sont extrêmement fréquentes et le seraient encore bien plus, si l'on notait systématiquement toutes les perturbations du sympathique pendant la vie et si l'on faisait l'autopsie des divers systèmes sympathiques après la mort. Mais aujourd'hui, si la sémiologie sympathique commence à être étudiée, par contre la nécropsie du sympathique est encore délaissée.

Cependant on relève des lésions des systèmes sympathiques dans beaucoup d'affections organiques des nerfs, de la moelle, du bulbe, du cerveau et de l'écorce, et il est permis d'en chercher même dans les affections dites fonctionnelles.

L'étude du sympathique *céphalique*, qui n'est encore qu'ébauchée, mérite d'attirer l'attention, surtout en raison du rôle que certains auteurs veulent faire jouer au ganglion *ciliaire* dans les troubles oculaires, en particulier dans le signe d'Argyll Robertson.

Renvoyant à un autre travail (1) la discussion des rapports du signe d'Argyll et des lésions du ganglion ciliaire, je n'indique ici que quelques-unes des recherches faites sur le ganglion ciliaire dans les affections nerveuses.

André Thomas (2) a coupé trois ganglions ciliaires avec leurs racines traitées, soit par l'acide osmique, soit par l'argent.

Dans le premier cas, concernant un tabétique avec paralysie de la IIIe paire, abolition des réflexes pupillaires et mydriase, il existait une dégénérescence énorme du moteur oculaire commun avec intégrité du ganglion ciliaire, des nerfs ciliaires et de la racine sensitive, alors que la racine motrice contenait beaucoup de gaines vides.

De cette intégrité des courts nerfs ciliaires, comparée à la dégénérescence si marquée de la IIIe paire, on est en droit de déduire que les courts nerfs ciliaires prennent leur origine dans le ganglion ciliaire et non dans les noyaux mésencéphaliques de la IIIe paire ; sinon ils auraient été dégénérés.

Dans les deux autres cas de tabes avec signe d'Argyll-Robertson, André Thomas n'a trouvé aucune lésion du ganglion ciliaire, de ses racines et de ses branches jusqu'à leur pénétration dans la sclérotique. De ces constatations, il induit que le signe d'Argyll peut exister au cours du tabes, sans qu'il existe de dégénérescence dans les courts nerfs ciliaires, dans le ganglion ciliaire et dans les racines, que ce dernier reçoit du moteur oculaire commun, du trijumeau et du sympathique.

On peut objecter que la méthode de Nissl n'a pas été appliquée ; mais il serait surprenant que les lésions, susceptibles de produire le signe d'Argyll, et remontant généralement à plusieurs mois ou plusieurs années, ne puissent être décelées que par la méthode de Nissl. De plus, l'estimation exacte des éléments colorés par cette méthode est bien difficile lorsqu'il s'agit de cellules des ganglions.

Mais si, de ces observations, on peut conclure que le signe d'Argyll se manifeste sans qu'il existe de lésions dans le ganglion ciliaire, dans ses racines et dans les cours nerfs ciliaires jusqu'à leur pénétration dans la sclérotique, on n'est pas en droit d'exclure complètement les nerfs ciliaires de la pathogénie du signe d'Argyll, puisque ces nerfs n'ont pas été examinés dans cette partie de leur trajet qui s'étend depuis leur traversée de la sclérotique jusqu'à leur terminaison dans l'iris.

Je dois ajouter que, dans des recherches en cours, j'ai, par les méthodes de Cajal et de Bielchowsky, trouvé très souvent des lésions des ganglions ciliaires, en particulier chez les paralytiques généraux sans pouvoir établir un parallélisme entre l'existence du signe d'Argyll et ces lésions.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 46, du 17 novembre 1923.
(2) TANQUEREL DES PLANCHES. — Traité des maladies par le plomb, 1839.
(3) SEGOND. — Essai sur la névralgie du grand sympathique, colique de Poitou, 1887.
(4) KUSSMAUL et MAIER. — *Arch. f. Klin. Med.*, IX, Bd. H. II.
(5) René SAND. — L'arrêt temporaire de la circulation générale chez l'homme. Ses effets cliniques et histologiques. *Ac. royale de méd. de Belgique*, 25 mars 1911.
(6) Ch. WÉNOULÈTE. — Des modifications des ganglions nerveux du cœur dans la péricardite expérimentale. Th. de Moscou, 1910, In. *R. Neurol.*, 30 mars 1912, p. 400.
(7) LANGDON BROWN. — *Loc. cit.*

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathol. du sympathique (3e partie. Chap. V. p. 528. Alcan, 1924.
(2) André THOMAS. — Etude sur les nerfs ciliaires. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1910, n° 5, sept-oct., pp. 562-570, 4 planches, 13 figures.
Soc. de Neurol., 30 juin 1910. *R. Neurol.*, p. 41.
Soc. d'ophtalmologie, 5 mars 1912.

© BIU Santé

L'anatomie pathologique du sympathique *cervical* dans les affections nerveuses est extrêmement riche de faits, mais relativement assez pauvre en conclusions définitives.

Cela tient d'une part aux techniques insuffisantes employées dans beaucoup de cas, à la complexité des faits les rendant difficilement comparables les uns aux autres et à la rareté des travaux systématiques d'ensemble sur l'histologie fine, normale et pathologique du sympathique cervical, en dehors des travaux classiques, mais déjà anciens. Le plus connu de ceux-ci est celui de Hale White.

Hale White (1) a examiné histologiquement, sur 150 sujets, les ganglions sympathiques cervicaux ou semi-lunaires. Voici le résultat de ses recherches.

Les dimensions des ganglions sont susceptibles de grandes variations. Il en est de même de leur vascularisation. L'œdème des ganglions, que A. de Giovanni considère comme une lésion fréquente, est difficile à démontrer et tient peut-être aux réactifs employés. L'accumulation de graisse ne se voit jamais autour du ganglion cervical supérieur, assez souvent autour du semi-lunaire. Hale White n'a jamais rencontré d'adhérence des ganglions aux parties voisines.

L'examen histologique des cellules ganglionnaires les montre rarement atteintes, même dans des affections, comme le mal de Bright, où Saundby avait cru trouver des lésions du sympathique. En général, dans les maladies consomptives (phtisie, diabète), les cellules sont diminuées de volume.

La dégénération la plus fréquente, sinon la plus importante, est la pigmentation ; mais Hale White l'a constatée sur des sujets atteints de maladies si différentes, qu'il lui paraît difficile d'en tirer une conclusion. Il a quelquefois observé les proliférations interstitielles du tissu conjonctif et un épaississement des vaisseaux capillaires, dont les noyaux sont multipliés. Ces lésions se rencontrent de préférence dans le mal de Bright ; quant à l'inflammation aiguë des ganglions, avec diapédèse de jeunes éléments cellulaires, c'est dans le diabète et le purpura hémorragique qu'il l'a vue de plus souvent. En résumé, ces patientes recherches ne permettent de tirer aucune conclusion nette.

Dans un autre travail, de l'examen anatomique et histologique du ganglion cervical supérieur chez 41 hommes adultes, 10 fœtus humains, et 46 mammifères, Hale White conclut que ce ganglion éprouve chez les hommes des variations de volume aussi grandes que celles qui se montrent dans la série des mammifères, que ce volume est en rapport avec la taille de l'organisme, que les cellules nerveuses pigmentaires, granuleuses, atrophiques, qui manquent dans les ganglions fœtaux, sont d'autant plus fréquentes que l'animal occupe un rang plus élevé dans l'échelle animale et sont constantes chez l'homme adulte. Il en conclut que le ganglion cervical supérieur paraît jouer un rôle de moins en moins important à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, et que, par conséquent, c'est un organe dégénéré chez l'homme, aussi bien que le coccyx ou l'appendice cæcal.

Pour Hale White, l'infiltration pigmentaire indique la diminution et l'arrêt des fonctions des ganglions sympathiques.

Les meilleurs des travaux récents sont ceux de Graupner (2) et de Müller (3), auxquels je renvoie le lecteur.

Le sympathique cervical a été étudié, entre autres affections, dans le syndrome de Basedow et dans l'épilepsie, surtout depuis les travaux de Jaboulay sur sa résection.

Comme examens du sympathique cervical dans le syndrome de Basedow, je rappelle d'abord les deux examens histologiques de Graupner (4) et mes propres constatations.

Dans un cas étudié avec V. Bloch (5), il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui, à la suite d'une colère, s'évanouit. Quand elle revint à elle, elle présentait de l'exophtalmie très prononcée et des palpitations. Par la suite, se constitua un syndrome de Basedow typique. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, seize mois après le début de ses accidents, en septembre 1902 et y mourut en juillet 1903. Pendant ce séjour se développa une tuberculose pulmonaire, qui s'aggrava peu à peu. La malade mourut en asystolie.

A l'autopsie, on trouva le sommet du poumon gauche recouvert d'une calotte pleurale, épaisse d'un centimètre, déjà ancienne, qui engainait complètement la partie inférieure du sympathique cervical, le ganglion cervical inférieur en particulier. Le corps thyroïde était gros, fibreux et dur. Le cœur était mou, gros, dilaté ; on ne pouvait en détacher le péricarde, car il y avait une symphyse péricardique tuberculeuse, ce qui suffit à expliquer l'asystolie terminale.

Cléret (1) a observé un fait très analogue en 1909 chez Launois.

A l'autopsie, d'une basedowienne tuberculeuse, il trouva au devant du ganglion cervical inférieur droit un ganglion lymphatique (qui renfermait des bacilles de Koch) du volume d'une noisette, recouvrant les deux tiers inférieurs du ganglion nerveux, ainsi que l'origine des nerfs cardiaques. Le ganglion tuberculeux était en contact intime avec le ganglion sympathique. De plus, au devant des deux premiers ganglions thoraciques, se trouvaient également appliqués deux petits ganglions lymphatiques.

Dans un cas typique de goître exophtalmique, Horand (2) a remarqué le volume énorme du sympathique cervical. Le tronc nerveux unissant le ganglion cervical supérieur au moyen atteignait les dimensions du ganglion cervical supérieur lui-même. Il était dur, rigide et blanc. Le microscope le montra altéré. Les cellules nerveuses étaient rares et certaines avaient des noyaux en karyolyse assez prononcée ; d'autres cellules nerveuses étaient comprimées, étouffées par du tissu conjonctif proliféré. Ce dernier offrait en certains points des bandes de sclérose, à la périphérie desquelles on voyait du tissu conjonctif néoformé, avec des cellules rappelant les petites cellules sarcomateuses de certaines tumeurs inflammatoires. En un point d'une des préparations, on voyait une colonie de ces éléments envahissant une cellule nerveuse. Les vaisseaux étaient rares et étouffés par le tissu conjonctif.

Aoyagi (3), dans une étude comparative des lésions thyroïdiennes, thymiques et sympathiques des basedowiens, a constaté que les lésions du sympathique cervical prédominent sur les cellules nerveuses. Les principales lésions du corps cellulaire consistent en vacuolisation irrégulière, en migration périphérique du noyau, et en épaississements des neurofibrilles intracellulaires ; celles-ci forment de grosses masses plus ou moins fragmentées ou diffuses.

D'après Aoyagi, ces lésions se rapprochent de ce qu'il a vu dans les cellules radiculaires antérieures de tétaniques.

Ces lésions sont différentes de celles qu'Horand a trouvées dans le sympathique cervical réséqué par Jaboulay pour *épilepsie*. Dans ces deux cas d'épilepsie, les lésions vasculaires prédominaient. Je reviendrai sur les lésions sympathiques des épileptiques à propos des affections mentales.

L'anatomie pathologique du sympathique *cardiaque* dans les affections nerveuses est à peine ébauchée.

Il n'en est pas de même de celle du sympathique *abdominal*, une des mieux connues.

Dans les *affections nerveuses*, les dégénérescences secondaires du sympathique ont été décrites par Graupner.

Dans un cas de *sclérose en plaques*, Graupner a observé un foyer de sclérose siégeant dans le ganglion semi-lunaire gauche. Il était constitué par un tissu conjonctif homogène assez riche en noyaux, dans lequel il ne restait presque plus d'éléments nerveux et seulement par places quelques fines fibres nerveuses.

Le splanchnique gauche, formé de quatre faisceaux, en avait

(1) Hale White. — On the pathological histology of the semi-lunar and superior cervical sympathetic ganglia. *Medico. Chir. trans.* LXVIII, p. 221.
(2) Graupner. — *Beiträge zur path. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1898, pages 255-303.
(3) Müller. — *Loc. cit.*
(4) Graupner. — *Loc. cit.*, pages 288-281.
(5) Laignel-Lavastine et V. Bloch. — *Arch. gén. de méd.*, 27 sept. 1904.

(1) Cléret. — Et. sur la pathogénie du goitre exophtalmique. Thèse Paris, 1911, p. 34.
(2) Horand René. — Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique. *R. Neurol.*, 15 oct., 1910, pages 344-345.
(3) T. Aoyagi. — Etude sur les lésions du sympathique (en particulier des neurofibrilles) dans la mal. de Basedow. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.* Bd. 42, pages 178-185, 1911.

© BIU Santé

deux normaux et deux qui ne contenaient que quelques rares fibres à myéline atrophiées et des vacuoles claires et rondes, disséminées au milieu d'une substance fondamentale assez riche en noyaux.

Le ganglion semi-lunaire droit contenait beaucoup de cellules nerveuses. Le splanchnique droit avait un très grand nombre de fibres à myéline. Cellules et fibres étaient normales.

Pour Graupner, l'altération du splanchnique gauche doit être considérée comme un cas de dégénération secondaire à la plaque de sclérose du ganglion semi-lunaire, et le grand développement des éléments nerveux du côté droit, comme une sorte d'hypertrophie compensatrice. Malgré l'intensité des altérations, il n'y avait pas de manifestations morbides attribuables au sympathique pendant la vie.

Dans plusieurs cas de *polynévrites*, Graupner a constaté des altérations des nerfs splanchniques. Dans un cas, il n'y avait aucune manifestation clinique d'un trouble sympathique. Deux sujets étaient addisoniens ; deux autres étaient atteints de diabète insipide. Ces névrites paraissent être survenues peu de temps avant la mort ; aussi ne peut-on les regarder comme la cause du syndrome clinique, addisonien ou polyurique (1).

Jean-Charles Roux a fait sienne la question des altérations des nerfs sympathiques dans le *tabes* en montrant que les lésions consistent en une diminution du nombre des petites fibres à myéline avec proportion à peu près normale des grosses fibres à myéline dans le sympathique cervical et dans le grand splanchnique. Il a montré, entre autres, que dans le splanchnique tabétique, il y avait un déficit moyen de 2.360 fibres fines et de 45 grosses fibres (2).

Pour établir ce déficit, il a étudié d'abord dix cas normaux. Il en a conclu que, dans ces cas, où des altérations des splanchniques n'étaient pas appréciables, jamais ces nerfs n'ont présenté moins de 4.400 fibres fines, et que le nombre des grosses fibres a oscillé de trois cents à quatre cents.

Par contre, J.-C. Roux n'a pas trouvé d'altérations des ganglions sympathiques. « Si la lésion existe, dit-il, elle doit être difficile à constater ; en effet, les ganglions varient assez dans leurs dimensions d'un sujet à l'autre, et suivant le point où porte la coupe le nombre des cellules lui-même varie. Il est donc impossible de savoir s'il y a vraiment une disparition relative des cellules sympathiques. En tous cas, ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons jamais trouvé une lésion nette des cellules des ganglions sympathiques. Elles ne nous ont paru ni en plus petit nombre, ni plus pigmentées, ni plus atrophiées que sur des ganglions sympathiques normaux maux (3) ».

Dans un cas de *sclérose combinée*, examinée par Graupner, les ganglions sympathiques et leurs cellules étaient également intacts, mais le cordon sympathique cervical contenait un grand nombre de lacunes en rapport avec des fibres nerveuses atrophiées, et cette constatation, rapprochée de celle de l'intégrité des cellules sympathiques, suggère à Graupner l'idée d'une dégénérescence secondaire des fibres sympathiques en rapport avec une altération médullaire, en particulier sclérose des cordons postérieurs et altérations des racines postérieures, d'où viennent directement une partie des fibres sympathiques. Cette idée de Graupner a été confirmée par J.-C. Roux.

J'ai moi-même étudié le plexus solaire dans la plupart des affections nerveuses. Voici quelques-unes de mes observations.

Dans un cas de *fracture de la colonne vertébrale*, j'ai constaté dans les ganglions semi-lunaires des altérations cellulaires très intenses.

Toutes les cellules nerveuses sont altérées : toutes sont en chromatolyse totale avec diffusion du noyau ; le noyau est très souvent périphérique ; les cellules globuleuses présentent tous les degrés de la neurophagie. Certaines cellules ont des vacuoles. On trouve tous les intermédiaires entre les vacuoles et les échancrures de la neurophagie. Comme les vacuoles, avant de devenir périphériques et de se transformer en échancrures, apparaissent nettement dans l'intérieur du protoplasma, il est probable que la neurophagie est secondaire à une diminution de vitalité des cellules nerveuses probablement sous la dépendance de l'influx nerveux tonique fourni par la moelle.

Dans un cas de *myélite subaiguë* prédominant dans la région dorsale, terminée par névrite périphérique des membres inférieurs, j'ai trouvé des altérations cellulaires analogues à celles de l'observation précédente ; les ganglions semi-lunaires, dont l'enveloppe fibreuse et les travées conjonctives sont épaissies, ont une infiltration très discrète de petites cellules rondes. Les capsules endothéliales sont normales. Les cellules nerveuses sont à peine pigmentées.

Quelques-unes sont normales, la plupart présentent, dans une coloration diffuse, des grains poussiéreux encore visibles en diaphragmant, et quelques autres, très profondément altérées, sont en hyperchromie, chromatolyse et karyolyse.

Les nerfs splanchniques présentent des lésions légères de névrite.

Au contraire, dans un cas de *myélite tuberculeuse* avec gros tubercules intra-médullaires à la hauteur des 10e et 11e segments dorsaux, les ganglions semi-lunaires et les splanchniques sont normaux.

Les altérations des ganglions solaires, secondaires aux altérations de la moelle, paraissent donc dépendre avant tout du niveau de la lésion médullaire. Les ganglions restent indemnes quand la lésion siège au-dessous des origines des splanchniques.

Dans deux cas de *polynévrite* (obs. LVII et LVIII de ma thèse) les plexus solaires sont touchés.

Dans l'un (obs. LVII, polynévrite alcoolique avec ictère grave et confusion mentale), les ganglions semi-lunaires, dont le tissu conjonctivo-vasculaire est normal, ont leurs cellules nerveuses altérées ; elles ont conservé leur forme, mais ont l'aspect laqué ; le noyau, à limites diffuses, est surcoloré à ce point qu'il est souvent la partie la plus colorée de la cellule. Les splanchniques ont un certain nombre de fibres à myéline dégénérées.

Dans un cas de *rhumatisme articulaire* subaigu avec délirium tremens les ganglions solaires, aux vaisseaux dilatés, sont envahis de nombreuses cellules rondes. Les cellules nerveuses à grains nets ont une coloration légère de leur noyau ; la neurophagie est fréquente ; quelques noyaux sont périphériques avec chromatolyse centrale.

Différentes des lésions causées par les infections précédentes (typhoïde, variole, pneumonie, streptococcie, rhumatisme articulaire) où existent toujours des réactions importantes des éléments mésodermiques, sont les lésions observées dans les infections intoxiquantes comme le tétanos et la diphtérie.

Dans un cas de *tétanos*, les ganglions solaires, dont les vaisseaux sont dilatés, ont leur tissu conjonctif normal ainsi que les capsules endothéliales. Les cellules nerveuses, à bords onduleux, à protoplasma contenant par places des vacuoles ou des fissures, sont moins touchées que les cellules du système encéphalo-rachidien. Les nerfs splanchniques ne montrent aucune altération.

Dans l'autre (obs. LVIII), polynévrite avec confusion mentale chez une tuberculeuse chronique, les ganglions semi-lunaires, dont le tissu conjonctivo-vasculaire est normal ainsi que les capsules endothéliales, ont leurs cellules nerveuses, soit de forme normale avec chromatolyse centrale et coloration légère du noyau, soit de forme globuleuse, avec chromatolyse, karyolyse et nucléole périphérique. Les splanchniques, quoique présentant des altérations moins intenses que le médian ou le sciatique, ont des signes certains de névrite.

Dans deux cas de *syndrome de Raynaud*, les ganglions semi-lunaires sont scléreux.

Dans la première observation (obs. LX), ils ont leur enveloppe fibreuse très épaissie ainsi que le périnèvre des nerfs afférents ou efférents. De larges bandes de sclérose adulte divisent en lobules nombreux et minuscules le ganglion.

Au-dessous de l'enveloppe fibreuse, autour des vaisseaux, et sur les limites des travées scléreuses, sont de nombreuses cellules conjonctives ; beaucoup sont rondes, mais le plus grand

(1) V. KAHLDEN. — *Centralbl. f. allg. Pathologie u. pathol. Anatomie* Bd. 7 Heft, 11-12.
(2) Jean-Charles ROUX. — Thèse 1900, p. 24.
(2) J.-Ch. ROUX. — *Loc. cit.*, p. 31.

© BIU Santé

nombre sont allongées. Les cellules nerveuses, dont les capsules endothéliales sont normales, contiennent beaucoup de pigment d'apparence verdâtre. Ces cellules, dont quelques-unes ont le protoplasma laqué, sont pour la plupart normales. Il n'y a que très peu de neurophagie. Les splanchniques paraissent normaux.

Dans la seconde observation (obs. LXI), où l'asphyxie locale ne fut que le premier stade à la jambe d'une gangrène sèche par artérite, les ganglions semi-lunaires ont une enveloppe fibreuse très épaissie. Le tissu conjonctif, augmenté de quantité, a le caractère adulte ; il n'y a pas de cellules rondes. Les cellules nerveuses sont très pigmentées. Elles ont conservé leur forme ; leurs grains chromatiques sont un peu poussiéreux. Tous les noyaux sont hypercolorés. Dans quelques cellules, cette coloration est telle que le nucléole est à peine visible et que le noyau est beaucoup plus foncé que le protoplasma. Quelques figures cellulaires, à l'aspect laqué, possèdent deux noyaux. Les splanchniques sont normaux.

Ainsi, dans ces deux cas, les ganglions sont sclérosés avec atrophie pigmentaire, manifestation locale d'un processus général de sclérose chez les deux malades.

Dans un cas de *sclérose en plaques*, les ganglions semi-lunaires ont leur enveloppe fibreuse épaissie, et sont parcourus par de larges travées de tissu conjonctif. Il y a infiltration de petites cellules rondes sous l'enveloppe fibreuse, dans les travées, autour des cellules nerveuses, et dans des capsules endothéliales, dont des cellules sont désorientées par cet envahissement. Au Nissl, les cellules nerveuses ont l'aspect laqué ; la plupart sont globuleuses, en chromatolyse avec noyau périphérique.

Les nerfs splanchniques contiennent peu de grosses fibres à myéline, et sur les coupes transversales, un de leurs faisceaux en paraît totalement dépourvu.

Dans un cas de mort subite dans le collapsus par *insuffisance capsulaire suraiguë*, causée par hémorragie bilatérale des glandes surrénales (1), les ganglions solaires ont leur enveloppe fibreuse et leurs vaisseaux très épaissis. En une région, les vaisseaux paraissent réunis à l'enveloppe par des travées conjonctives, qui en irradient à la façon des rayons d'une roue. Les capsules endothéliales sont normales. Les cellules nerveuses sont très altérées. Elles sont toutes laquées, très souvent globuleuses, vacuolaires, fissuraires, et à noyau périphérique. On voit quelques blocs cellulaires à deux noyaux. Il n'y a pas de neurophagie.

On voit des altérations analogues dans l'écorce et le bulbe.

Ces altérations cellulaires généralisées du système nerveux ont les caractères des lésions constatées dans les intoxications aiguës. Elles sont à rapprocher des altérations décrites dans la moelle et l'écorce cérébrale par Nageotte et Ettlinger chez des animaux privés de leurs glandes surrénales.

Dans différents cas de *syndrome d'Addison* et de *mélanodermie*, j'ai examiné les ganglions solaires.

J'en ai déjà donné la description dans la première partie de cet article.

Dans un cas de cachexie aiguë du paludisme primaire avec hoquet rebelle, Paisseau et Lemaire (1) ont trouvé les ganglions semi-lunaires augmentés de volume et ont été frappés de l'importance des lésions cellulaires qu'ils présentaient : la chromatolyse, les altérations nucléaires et protoplasmiques se retrouvaient dans presque toutes les cellules ganglionnaires. Ils considèrent que ces lésions expliquent fort bien le hoquet.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Société anatomique, déc. 1901, p. 683.

Quelques grains de sable hongrois apportés à l'édifice de la science phtisiologique

Par le Dr D. O. KUTHY

Médecin en chef du service des poitrinaires au Nouvel Hôpital Saint-Jean à Budapest

1. Le *symptôme de la dissociation*. Il est bien connu que la vibration thoracique et la bronchophonie sont des phénomènes coordonnés. Pourtant ils peuvent se séparer quand les altérations plastiques de la plèvre contrecarrent le transport des vibrations de la voix vers la surface thoracique. Dans ce cas même, les vibrations augmentées par une condensation peribronchiale ne sont pas en état d'arriver à la périphérie dans leur véritable vigueur — spécialement pour notre organe des sens moins développé : le toucher.

La palpation, ayant la vue plus courte que l'ouïe, ne perçoit distinctement que les impressions du voisinage, tandis que la faculté perceptive de nos oreilles exercées pénètre jusqu'au tréfonds du thorax. De là, de cette différence de l'acuité de ces deux organes des sens arrive-t-il que dans les pleuropneumonies si fréquentes chez les poitrinaires, on trouve très souvent les deux symptômes univoques écartés. On sent une vibration thoracique abaissée et on entend un retentissement vocal renforcé à la fois. Au moyen de ce phénomène auquel j'ai cru pouvoir donner le nom qui se trouve dans le titre de l'alinéa, on est à même de s'orienter mieux qu'autrement quand il s'agit de *l'analyse d'une matité massive chez le phtisique.*

La perception palpatoire d'une vibration thoracique affaiblie pourrait égarer le médecin, comme dans les cas de processus surtout pleural, par conséquent plus bénin, mais la constatation simultanée d'une broncho-phonie élevée fait subitement la correction qui nous annonce le facteur densifiant souvent pneumonique, au cœur de la matité.

Ainsi plus nous trouvions renforcée la bronchophonie sur une matité basiale, postérieure par exemple, qui nous donne des signes d'une vibration thoracique affaiblie, c'est-à-dire plus le phénomène de la dissociation était prononcé plus le pronostic s'attriste, car il en est démontré que derrière la pleurésie plastique se cachent des affections plus ou moins gravement appréciables du poumon.

2. Le *triangle paravertébral*. Bien avant *Lauchfuss* et *Grocco*, le doyen défunt des médecins internes hongrois, le Baron Fréderic *Koranyi* senior a constaté que dans les cas des épanchements pleuraux on trouve au côté contrelatéral une submatité triangulaire. Il l'a dénommé « trigonum pleuriticum ». Nos expériences ont montré que cette submatité se produit dans tous les cas où la vibration thoracique s'est abaissée aux parties inférieures d'un côté de thorax, par conséquent aussi *dans les cas de pleuro-pneumonies phtisiques*. Vis-à-vis de cette submatité triangulaire du côté sain, dans la région moyenne de la matité inférieure du côté malade, on peut démontrer l'existence d'une partie également triangulaire opposée plus claire, plus résonnante à la percussion aussi forte que la matité principale ; le trigonum *Garland Hamburger*. Il est de même présent « dans toutes les pleuropneumonies des poitrinaires, car il dérive d'une covibration du côté sain, tandis que le trigonum paravertébral *Koranyi* » provient du défaut de la faculté vibratoire du côté malade. A cet égard-là, je n'ai pas encore étudié ce symptôme, mais il est vraisemblable que plus le produisant pleural est accusé dans la matité basiale, plus on trouvera le triangle paravertébral prononcé. Si cette supposition se vérifie, le symptôme du « triangle » pourrait être utilisé en même sens que le symptôme de la « dissociation » tout à l'heure décrit.

3. *Le symptôme acromial.*

Il y a quinze ans, au congrès international contre la tuberculose à Washington, j'ai fait démontrer, etant empêché

© BIU Santé

d'y aller, qu'on peut facilement juger l'activité des côtés du thorax si l'on observe la mobilité des acromions. Au moyen de certain exercice, l'œil constate sur-le-champ si le mouvement inspiratoire était diminué où non d'un ou des deux côtés. L'approfondissement de ce symptôme m'a convaincu qu'il signale aussi *l'activité* du processus morbide. Il peut disparaître quand l'affection du sommet droit par exemple s'apaise, et se présenter du côté gauche, lorsque la maladie atteint la partie contrelatérale. Ce symptôme était d'abord apprécié par *Baumann* (Lippspringe), puis *Galecchy* le trouvait utile et à la 5e assemblée des phtisiographes de la Hongrie (sept, 1922), *Hollo* fit la déclaration qu'il pouvait reconnaître le symptôme acromial comme un des signes les plus sensibles de l'activité de la tuberculose pulmonaire.

4. *L'origine hilaire de la tuberculose du poumon de l'adulte.* Nous avons démontré au congrès de la tuberculose à Bozsahagy 1917 au moyen d'une longue série de photographies de rayons X que la plupart des tuberculoses pulmonaires de l'adulte sont, au commencement, des infiltrations centrales. On est en état même de trouver une foule des cas avancés de la phtisie où les sommets se présentent tout à fait clairs et ce n'est que dans la région hilaire et son entourage où siège le processus grave. Par la percussion méticuleuse de la région dorsale correspondante, on peut constater souvent que la matité fine de la tuberculose pulmonaire en état de germination (un terme technique excellent des savants français) est plus prononcée sur le hile qu'au sommet, bien que le sommet possède pour la percussion fine topique une certaine matité phisiologique, car la substance acineuse résonnante est au sommet bien moins volumineuse qu'au centre du poumon. Je dispose d'une quantité de notes qui témoignent de la présence des râles différents sur le hile quand le sommet n'avait encore aucun catarrhe. L'origine hilaire si fréquente même chez l'adulte a pour lui aussi la chronicité de la plupart des tuberculoses pulmonaires, qui signale leur origine lymphogène et non directement par inhalation.

Les baciles atténués par la lymphe (ou même par lymphe et sang) pendant leur passage plus long, arrivent au hile pulmonaire dans un état moins virulent et produisent la tuberculose mitigée, grâce à Dieu, si fréquemment constatée. Quant à l'enfance, l'origine centrale de la tuberculose pulmonaire était depuis longtemps acceptée ; chez l'adulte par contre, le dogme du développement initial dans les sommets tient la direction encore. Mais trois faits : les images de rayons X, les altérations de la région hilaire physiquement constatées au debut, et la découverte des courants rétrogrades de lymphe qui se dirige du hile vers la périphérie du poumon — feront sûrement que désormais nous allons insister plus exactement sur les régions hilaires postérieures que dans la pratique passée. Quand *Barbier* dans sa belle monographie (Brouardel et Gilbert : Nouveau Traité de médecine, XXIX, 1910) disait : « Il faut enregistrer l'état des vibrations vocales surtout aux deux régions sous-claviculaires, car c'est là, sous l'une et l'autre clavicule qu'il convient de rechercher l'anomalie respiratoire révélatrice » — il répondait totalement à nos assertions.

5. Le grand culte dans la clinique française de l'auscultation de la phtisie m'avait toujours engagé à m'occuper très profondément de ce mode de l'examen du poitrinaire. L'importance spéciale qu'on attache en France à l'observation minutieuse du retentissement vocal m'a donné par exemple récemment la possibilité de diagnostiquer sans les rayons X un pneumothorax spontané développé lentement et sans à-coup. Aucun autre signe n'était distinct dans ce cas, mais la bronchophonie métallique éclaircissait tout d'un coup la situation.

Le mérite de *Graneher*, dans la fondation de la doctrine de la respiration affaiblie, n'a pas besoin d'être souligné par moi. Je voudrais seulement mentionner un mot que j'emploie en signalant l'activité respiratoire des poumons déjà gravement malades, quand il s'agit de l'application d'un pneumothorax artificiel symptomatique ou même partiel-bi-atéral. J'ose parler de la *quantité* de la respiration d'un poumon entier. Le côté plus affecté est évidemment celui où elle est moindre, c'est-à-dire où la respiration affaiblie se généralise.

Pour ne pas être trop long, nous ne dirons que quelques mots. Sur la question de l'hérédité du terrain, sur l'idée d'utiliser l'appareil de *Forlanini* dans le diagnostic exact de la quantité d'un pneumothorax spontané, et sur un petit détail thérapeutique.

6. La notion que le pronostic de la tuberculose s'assombrit par une hérédité du terrain positive. Est encore bien répandue. Pour élucider cette question, j'ai étudié les antécédants de 1000 de mes malades ambulants avec un soin spéciat. Voilà les résultats :

Sur 653 cas légers se trouvaient 355 = 54.2% ; sur 110 cas graves au contraire 74 = 67.2 % sans aucune hérédité. 142 malades dans le groupe des cas légers, c'est-à-dire 21.7% annonçaient une tuberculose pulmonaire paternelle ou maternelle sinon des deux géniteurs le plus souvent meurtrière, tandis que parmi les malades graves on ne rencontrait cette donnée compromettante que 19 fois = 17.2%.

12 fois arrivait-il que tous les deux parents (père et mère) étaient envahis par la tuberculose, 9 de ce groupe se présentaient au début, 2 en état médiocre, 1 en état grave.

3 de ces 9 malades avaient même une occupation prédisposante : employé de la poste, maître d'école, menuisier. Bien qu'ils datassent leur maladie de 6-10 ans, il n'y avait pas d'évolution fatale.

Le seul cas avancé sur les 12 malades était une femme âgée de 25 ans. La première hémoptysie était survenue 7 ans après son premier accouchement. Malgré sa grave hérédité, elle n'avait acquis qu'une tuberculose pulmonaire lente qui devait être réveillée de ses trêves par deux accouchements ultérieurs pour devenir une tuberculose confirmée.

Un des parents était envahi en 9 cas (4 fois le père, 5 fois la mère) par une phtisie galopante. Sur les 9 cas il y avait 6 légers, 2 médiocres 1 cas grave. Chez 3 des cas légers j'étais en état d'observer la marche de maladie. Elle se tournait au bien. Un des cas médiocres montrait un catarrhe apical, l'autre déjà un catarrhe lobaire. Le premier s'améliorait, le deuxième ne se présentait chez moi qu'une seule fois, mais il avait seulement un catarrhe sec bénin, avec des signes de sclérose. La perte en poids n'était que de 2 kgr. pendant deux ans.

Seulement 1 cas sur 9, un homme âgé de 32 ans, dont la mère était morte de phtisie galopante, montrait une marche accélérée de sa tuberculose. Il se présentait phtisique et perdit 10 kgr. environ de son poids en 3 mois.

Sur 48 cavitaires, il y avait sans hérédité quelconque 35 = 72.9 % et seulement 7 = 14.5 % annonçaient une tuberculose paternelle ou maternelle

La notion de l'influence *aggravante de l'hérédité* du terrain semble donc être *du moins exagérée*. Cette constatation a été affirmée tout récemment (après l'achèvement de ce manuscrit) dans une étude de *Reiche* basée sur les vastes statistiques des tuberculeux de la Société d'assurance hanséatique.

7. Le diagnostic plus précis d'un pneumothorax spontané donne notoirement assez de difficultés. Il a y deux ans que nous avons essayé de faire une analyse plus fine de cet état morbide à l'aide de l'appareil de *Forlanini Saugman*.

Chez une femme de 21 ans de mon service de l'Hôpital, attaquée par un pneumothorax naturel, j'introduisais l'aiguille de *Saugman* dans la cavité aérienne de la poitrine affectée. Le manomètre montrait des oscillations médiocres avec des mouvements positifs et négatifs *égaux*. Ça signalait déjà qu'il s'agissait d'un pneumothorax ouvert. Pour s'en assurer mieux encore, nous avons aspiré de la cavité pleurale 600 cmc. d'air qui se passait tout aisément sans apparition d'aucune pression négative.

Puis afin de pouvoir examiner l'état de la plaie pleurale, s'il ne se trouverait là peut-être une valvule et aussi pour faire la tentative de comprimer la fistule de la plèvre viscérale,

© BIU Santé

nous avons injecté 1800 cmc. d'azote dans la cavité du pneumothorax spontané, bien entendu cette opération s'éxécuta très vite. Résultat ; pas un brin de pression positive. Comme ça il était démontré sans aucun doute la présence d'un pneumothorax *totalement ouvert*. L'autopsie vérifia notre constatation clinique.

8. Après que *Tornai* (Budapest) eut fait ses belles recherches sur l'efficacité des injections intraveineuses de *résorcine* dans les cas septiques et dans les bronchopneumonies de la grippe — en face de ces résultats encourageants j'ai fait faire par mon élève *Willuer* une série d'injections pareilles (de 0 30 à 0.80 gr.) chez des phtisiques avec une infection mixte (45 malades). Nous n'avons pu aider beaucoup, chez les sujets gravement atteints, il n'y avait qu'un succès tout passager. Mais dans un cas de pneumonie fibrineuse chez un malade de 57 ans de ma clientèle, j'ai essayé d'abréger le processus morbide par une injection intraveineuse de 0.70 gr. de résocine. Le résultat fut frappant. Abaissement de la fièvre immédiat de 1°4 C. Chute de la température définitive au bout du 5e jour. La pneumonie suivait la marche la plus brève possible

PRATIQUE CHIRURGICALE

Que faire dans les contusions de l'abdomen ?

Par **Georges AUDAIN**
Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Chirurgien à l'hôpital Stell

Les contusions de l'abdomen, fréquentes en particulier dans les grands centres urbains, sont parfois d'une extrême gravité. En tous cas, elles posent souvent au praticien un difficile problème à résoudre tant au point de vue du diagnostic que de la conduite à tenir. C'est encore une de ces questions, comme l'appendicite, sur laquelle, bien qu'il ait été beaucoup dit, il est utile de revenir parfois. Nous n'envisageons ici que le côté pratique de cette question c'est à-dire le diagnostic et surtout le traitement des contusions abdominales.

Vous êtes appelé auprès d'un blessé qui a reçu un choc sur le ventre, soit que l'agent vulnérant soit venu le heurter, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, soit que le blessé par suite d'une chute soit, au contraire, allé heurter un corps résistant.

Rappelez-vous, avant tout, que l'interrogatoire ici est le point principal ; l'examen du malade tout en pouvant fournir de très utiles indications doit passer au second plan.

On se trouve en général en présence d'un malade pâle, plus ou moins dyspnéisant, dont le pouls est rapide et petit, dont les extrémités tendent à se refroidir. En interrogeant lui et son entourage vous apprenez qu'il a été atteint d'un traumatisme. Faites préciser avant tout, dans la mesure du possible, deux points extrêmement importants :

1° *Le lieu d'application exact du traumatisme.*
2° *La nature de celui-ci, et sa direction.*

Il faut tenir grand compte du point d'application. S'il s'agit, en effet d'un trauma portant à la fois sur l'abdomen et le thorax (rebord costal) il y a beaucoup moins de chance pour qu'un organe abdominal ait été lésé ; de même si le ventre a été en quelque sorte protégé par le pubis ou la crête iliaque. Enfin les traumatismes appliqués aux flancs ou très obliquement par rapport à la paroi antérieure présentent un caractère de gravité moindre que les chocs antérieurs et surtout perpendiculaires à la paroi antérieure. Si au contraire l'agent vulnérant est arrivé en pleine paroi antérieure, surtout normalement à celle-ci, si de plus le blessé était appuyé sur un plan résistant, les effets du traumatisme peuvent être excessivement graves. D'ailleurs la majorité des contusions abdominales portent sur la région non protégée.

Et nous arrivons au second point à faire préciser par l'interrogatoire : *nature et intensité du choc*. Toute une gamme existe, bien entendu, entre la chiquenaude la plus légère et le heurt le plus violent. Il est difficile de faire préciser au malade l'intensité du choc et surtout d'apprécier à partir de quelle intensité le choc peut être grave. On tiendra donc largement compte de la *nature* du traumatisme. On peut donc éliminer d'une part les chocs trop manifestement faibles pour avoir pu déterminer des lésions sérieuses (coup de poing, etc.), d'autre part fixer un certain nombre de chocs que l'expérience a montrés comme susceptibles de provoquer fréquemment des lésions viscérales ou vasculaires. Parmi ceux-ci, il faut ranger avant tout : le tamponnement par wagon ou locomotive, le choc d'un brancard ou timon de voiture, *le coup de pied de cheval*, le traumatisme par roue de voiture, soit que celle-ci ait passé sur le ventre, soit qu'elle ait été seulement calée ; la chute d'un lieu assez élevé sur un objet à arête vive (caisse, etc).

La presque totalité des cas que nous avons eu à opérer d'urgence et relevant de ces divers traumatismes présentaient des lésions vasculaires ou viscérales (hémorragies, perforations de l'estomac, de l'intestin, déchirure de l'épiploon, rupture du pancréas, de la vessie etc., etc.)

Voilà l'interrogatoire terminé. Vous savez que le blessé a reçu sur telle zone de l'abdomen un choc venant de telle direction et dont vous avez précisé la nature. Examinez maintenant votre blessé et *essayez* de faire un diagnostic. Sauf dans des cas exceptionnels, il nous sera impossible d'en poser un. Ces cas exceptionnels sont ceux où vous constatez des signes manifestes d'une grosse hémorragie interne ou de péritonite généralisée, lorsqu'il y a eu perforation, des troubles digestifs et que vous n'êtes appelé à voir le blessé qu'assez longtemps après son accident. Mais nous envisageons ici les cas où vous devez prendre une détermination dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme.

Nous disions donc que le diagnostic est presque toujours d'une extrême difficulté ! D'abord en raison des phénomènes de shock (pâleur, rapidité du pouls, refroidissement) qui peuvent en imposer pour une hémorragie interne inexistante. Par contre, nous savons qu'une hémorragie discrète mais continue peut exister *pendant un certain temps* sans donner lieu à des modifications importantes du côté du pouls.

A côté de l'hémorragie le point le plus important à préciser, dans la pratique courante, est celui-ci : **Y a-t il ou non perforation d'un viscère creux ?** Il faut bien avouer qu'il n'existe aucun signe permettant de diagnostiquer cette perforation. On a beaucoup parlé de la disparition de la matité hépatique (Jobert de Lamballe) de la douleur en un point précis, de la contracture localisée. Mais ce point douloureux, cette contracture peuvent exister en l'absence de toute lésion profonde et simplement du fait d'une contusion de la paroi abdominale (1). D'autre part, des lésions viscérales graves (perforations) peuvent exister sans aucune contracture.

(1) La contracture localisée n'a une certaine valeur que lorsqu'elle existe à distance du point d'application du traumatisme. (L'avez-vous souvent rencontrée ?)

© BIU Santé

Que faire donc en présence d'une contusion de l'abdomen

Le plus souvent, comme nous l'avons vu, il sera impossible (sauf dans les livres) de savoir s'il existe une lésion organique importante, les signes d'hémorragie se confondant avec ceux de shock, les signes de perforations n'existant pas. La perforation en effet n'a comme réels symptômes que ceux de la péritonite consécutive (qui peut se manifester 8-10-12 heures après ou même plusieurs jours plus tard par chute d'une escarre intestinale par exemple) et *lorsque la péritonite apparaît il est en général beaucoup trop tard pour intervenir utilement*. Si plus de 6 à 8 heures se sont écoulées entre le traumatisme et votre visite n'intervenez plus. Votre intervention pouvant être plus nuisible qu'utile.

Nous avons présent à l'esprit deux cas observés pendant notre internat, deux cas qui nous ont profondément impressionné et par leur similitude et par le fait qu'ils se sont produits à peu de jours d'intervalle.

Dans le premier il s'agissait d'un homme heurté par un brancard de voiture et amené à l'hôpital en assez bon état : pouls régulier, bien frappé, un peu rapide, pas de contracture abdominale, Le chirurgien de garde n'intervient pas, le malade meurt de péritonite. Le second cas concerne un homme heurté au ventre par un garde-boue de taxi. Cet homme, qui souffrait peu, va « prendre un verre » avant de venir se faire admettre à l'hôpital. En l'absence de symptômes précis, le chirurgien de garde s'abstient. Mort par péritonite.

Morale : il ne faut pas attendre des symptômes pour intervenir dans les contusions de l'abdomen : ceux qui existent peuvent être trompeurs et des lésions d'une gravité extrême peuvent exister sans manifestation appréciable. En somme, comme nous le disions au début de cet article, il faudra pour prendre une décision tenir compte presque uniquement de l'interrogatoire. Si votre blessé a reçu en plein ventre, un tampon, un timon, un coup de pied de cheval, n'hésitez pas, faites une laparotomie exploratrice. De même s'il a passé sous une roue de voiture ou seulement calé celle-ci. Mais que faire, direz-vous, dans les cas limites ? La conduite à tenir dans ces cas est bien délicate et la question se résoudra dans un sens ou dans l'autre selon le tempérament du chirurgien et aussi selon les circonstances. Il est bien évident, par exemple, qu'en pleine campagne, loin de tout centre chirurgical l'hésitation sera permise et que l'on s'abstiendra dans les cas limités plutôt que de risquer une laparotomie faite dans de mauvaises conditions. Mais si l'on exerce dans un centre, si l'on dispose à proximité d'une installation chirurgicale il ne faut pas hésiter, on doit intervenir dans les cas limités. D'une façon générale d'ailleurs, on se trouvera bien d'être interventionniste. La laparotomie exploratrice pratiquée rapidement chez un blessé au préalable remonté de son état de shock (chaleur, sérum, huile camphrée, strychnine, etc.) est une intervention bénigne. Nous estimons que sur trois laparotomies il vaut mieux d'en risquer d'en faire deux inutilement et sauver la troisième que de laisser mourir un blessé faute d'y être « allé voir ».

En résumé donc :

1° *Des symptômes en apparence alarmants peuvent exister dans les contusions sans gravité.*

2° *Des lésions viscérales très graves peuvent exister avec une symptomatologie absolument fruste.*

3° *Il est préférable pour les contusions de l'abdomen de pêcher par excès que par défaut d'interventionnisme.*

LETTRE DE SUISSE

Genève, le 21 novembre, 1923

La Société de Géographie de Genève, qui entre dans sa 66e année, a repris ses séances le 17 novembre. Le conférencier de la soirée, M. Henri Junod, explique que le totémisme est une curieuse croyance répandue chez un grand nombre de peuples non civilisés, d'après laquelle il existe une relation mystique entre le clan et une espèce animale ou végétal qui est son totem. Les membres du groupe social observent divers tabous à l'égard de l'animal ou de la plante qu'ils vénèrent et avec lesquels ils se sentent apparentés. L'école dite sociologique a voulu voir dans le totémisme la source de la religion dans l'humanité, mais, avant de procéder à une pareille généralisation, il semble que les faits totemiques devraient être étudiés en détail dans chaque tribu et dans tous les continents, car ils diffèrent énormément d'un peuple à l'autre.

Ainsi, au sud de l'Afrique, les Thongas du Mozambique sont complètement atotémiques. On rencontre chez eux certaines coutumes qui pourraient être interprétées comme des restes d'un totémisme disparu ; mais il est très possible de les expliquer autrement.

Par contre, chez les Pédis du Transvaal, qui sont l'une des branches du groupe sento, le totémisme existe ; mais c'est une coutume purement sociale qui n'a aucun rapport avec la religion proprement dite. Dans ces clans-là les hommes se saluent en se disant les uns aux autres : « Crocodile ! Antilope ! Babouin ! » Ils disent : « je danse le crocodile ; je danse le babouin, etc. » sans qu'aucun rite spécial corresponde à cette expression.

Chez les Vendas de Zouthansbers le totémisme aquiert une importance religieuse, parce que le membre du clan est censé se transformer en l'animal totem à sa mort. Mais cette vénération est simplement le résultat du culte des ancêtres, qui est et demeure la véritable religion de cette tribu comme de tous les Bantous de ces régions. On retrouve d'ailleurs le même phénomène chez les Ruandas du centre de l'Afrique et chez les Mélanésiens.

L'étude du totémisme sud-africain ne favorise donc pas les conclusions de l'école sociologique, mais ces tribus ne forment qu'une petite portion du monde totémique et le problème ne sera résolu que lorsque des monographies complètes auront été publiées sur tous les peuples qui pratiquent le totémisme.

La conférence Revillod Julliard de la société médicale de Genève a été donnée le 15 novembre. Le conférencier fut le Prof. Bordet, de Bruxelles, qui a choisi comme sujet : « Les théories de l'anaphylaxie », un sujet des plus complexes et des plus obscurs. L'anaphylaxie a été découverte par Richet, qui expérimentait avec du suc d'étoiles de mer. Une première injection de cette substance, injection préparante, au lieu d'immuniser l'animal qui la reçoit, le sensibilise de telle sorte qu'une deuxième injection — injection déchaînante, le tue rapidement. Arthus a montré que la substance en cause n'était pas forcément toxique en elle-même, mais qu'elle pouvait être une albumine banale quelconque ; il suffit qu'elle soit étrangère à l'organisme qui la reçoit. Ainsi on peut anaphylactiser, sensibiliser, si l'on préfère, un animal à l'égard de l'albumine de l'œuf ou à l'égard du sang d'un animal d'une autre espèce.

Après l'injection préparante, il faut une douzaine de jours pour que se développe la sensibilisation. L'injection déchaînante produit alors un « choc anaphylactique » qui aboutit souvent à la mort.

L'étude de l'anaphylaxie amène à poser trois questions fort importantes : 1) De quoi dépend le choc anaphylactique ? 2) Quel en est sa physiologie pathologique ? 3) Quelle est, pour la pathologie, la signification de l'anaphylaxie ?

Cette troisième question, sur laquelle le conférencier n'a pas le temps de s'appesantir, est d'un intérêt passionnant

✦✦

© BIU Santé

pour les médecins puisqu'on croit pouvoir maintenant expliquer par des phénomènes anaphylactiques l'épilepsie l'éclampsie, la migraine, l'asthme et ces hypersensibilités individuelles si bizarres à divers médicaments, à certaines émanations (odeur des chevaux, pollen de graminées), à des aliments variés (œufs, lait, fraises, etc).

Passant également sur la deuxième question, le Prof. Bordet s'attache, avec beaucoup de pénétration, à trouver une réponse à la première.

La sensibilité anaphylactique parait dépendre de la formation dans l'organisme d'anticorps qui se développent en une douzaine de jours, au moment où l'injection déchaînante est pratiquée, il se forme entre la substance albuminoïde introduite (antigène) et l'anticorps spécifique un complexe qui est la cause des accidents.

Où se produit dans l'organisme la réaction qui provoque le choc anaphylactique ? Il y a une théorie cellulaire et une théorie humorale qui ne sont peut-être pas inconciliables.

En faveur de la théorie humorale on peut citer l'expérience de Freidberger. En mêlant *in vitro* le sérum contenant l'anticorps et le sérum contenant l'antigène, on obtient une floculation, un précipité. Celui-ci, repris et introduit dans un sérum normal le rend toxique comme s'il amenait la formation d'une « anaphylatoxine ». D'une manière analogue, et c'est Bordet lui-même qui l'a montré, on peut rendre toxique un sérum normal en le traitant par l'inoffensive gélose. Celle-ci forme un précipité : le sérum restant donne le choc anaphylactique.

Bordet a cherché à interpréter ce phénomène en admettant que le sérum sanguin contient une grande quantité de substances qui s'équilibrent deux par deux. L'une d'elles enlevée par la gélose, par floculat, sa correspondante libérée devient toxique. Il faut savoir, dit le conférencier, ne pas s'attacher à une hypothèse qui ne concorde pas avec tous les faits. Or c'est le cas de celle-ci.

La théorie de la floculation, dont on parle beaucoup maintenant, dont on parle même trop, ne vaut guère mieux. Elle consiste à admettre que les phénomènes anaphylactiques sont dus à des précipités colloïdaux qui se produisent dans le sérum sanguin et elle se base en particulier sur les résultats de l'injection de poudres fines dans le torrent circulatoire. Ces injections amènent des accidents qui rappellent, il est vrai, ceux du choc anaphylactique, mais qui pourtant ne leur sont pas identiques.

D'ailleurs le complexe antigène-anticorps à l'état de floculat n'est pas capable à lui seul de provoquer le choc. Ce n'est pas le floculat qui est toxique, c'est ce qui se produit par le contact entre le floculat et le sérum : l'anaphylatoxine. Malheureusement, on n'a jamais pu isoler celle-ci.

L'hypothèse actuellement la plus plausible est que le complexe antigène-anticorps est capable de contracter des adhésions avec les colloïdes des humeurs ainsi qu'avec les éléments cellulaires. Le facteur du choc serait donc une affiinité d'absorption colloïdale.

L'immunité consiste en une augmentation de l'aptitude de l'organisme à réagir par ses cellules et par ses humeurs. Il en est de même dans l'anaphylaxie, mais alors les réactions se produisent avec une énergie, une brutalité trop grandes.

En terminant cette correspondance, je désire dire quelques mots à propos de deux ouvrages récents écrits par les auteurs américains, car il est plutôt rare que les livres de médecine d'outre-mer soient analysés dans la presse médicale française, malgré leur importance réelle.

Le premier ouvrage est du Prof. J. Whitridge Williams, de Baltimore, intitulé : *Obstetrics* (*D. Appleton et Cie., New-York et Londres, 5e édition* 1923). Ce traité de l'art des accouchements représente tout ce qu'il y a de mieux de l'école obstétricale des Etats-Unis. Conçu à la fois dans un esprit scientifique et pratique, on trouvera dans les 1076 pages qui composent cet ouvrage, un exposé complet de la pathologie et du traitement des affections de la grossesse et le *post-partum*, ainsi que la technique des procédures opératoires actuellement en vogue aux Etats Unis. Les dix-sept planches en couleur et les 690 illustrations qui ornent le livre sont excessivement bien exécutées et ajoutent à la clarté du texte. Ce livre sera apprécié par les accoucheurs qui désirent se tenir au courant du progrès de leur art.

Le deuxième ouvrage est par le Prof. H. A. Haubold, de New-York, et est intitulé : *The Principles and Practice of Surgery*, 2 *vol. D. Appleton et Cie., New-York, éditeurs.* Si j'appelle l'attention des lecteurs du *Progrès Médical* sur ce traité de chirurgie, c'est qu'il est plein d'idées originales qui sont personnelles à l'auteur et par conséquent ne se trouvent pas dans d'autres traités de chirurgie, soit en Europe, soit en Amérique. Les deux tomes ensemble forment 2482 pages avec 1043 illustrations : mais malgré leur volume considérable, l'auteur a écrit d'une manière très concise et remarquablement claire. Cet ouvrage sera d'un grand secours à ceux qui enseignent la chirurgie, ainsi qu'aux chirurgiens de carrière.

Charles Greene Cumston.
Privat docent à l'Université de Genève.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hommage de Tenon au Professeur Merklen

Les collègues, les amis et les élèves du Professeur Merklen se sont réunis dimanche à l'hôpital Tenon pour lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination récente à la Faculté de Strasbourg.

Cette cérémonie empruntait une certaine solennité aux circonstances spéciales dans lesquelles Merklen se rendait en Alsace ; mais elle se déroula dans cette atmosphère de cordialité et de sympathie que le nouveau Professeur avait su, à toutes les étapes de sa carrière, créer autour de lui.

Le professeur Hutinel, qui fut le bon génie de cette élection, présidait. Il ouvrit la série des discours par une allocution toute vibrante, où il proclama son estime pour la vie, le caractère, les hautes qualités didactiques d'un de ses meilleurs élèves et les espoirs qu'il mettait en lui.

Après lui, Nobécourt retraça en termes heureux et touchants ces années de travail commun où son amitié pour Merklen se fit chaque jour plus fraternelle. Michel salua le collègue de Tenon dont l'amitié nous fut précieuse, et dont le souvenir nous reste très cher. Heuyer témoigna de l'attachement affectueux et admiratif des élèves et des collaborateurs de son maître. Et le sénateur Penancier rappela les heures vécues avec Merklen à l'ambulance de Chalons où il montra une fois de plus qu'il était homme de devoir et de volonté.

Puis Merklen se leva, ému certes, plus qu'il ne voulait le laisser voir. D'une voix ferme, où ceux qui sont de là-bas retrouvent un peu de l'intonation du pays natal, simplement, et sans apprêt, il dit son émotion d'un tel accueil, la fierté qu'il éprouve de sa mission, sa volonté de l'accomplir sans défaillance ; il parla du passé, salua la si noble figure de Hutinel, évoqua la vieille amitié de Nobécourt, la puissance éducatrice et créatrice de Widal, l'esprit si fin de Dupré, l'enseignement précis de son vieux et regretté maître Hirtz, tout le charme des heures d'hôpital et les regrets qu'il avait de quitter ses amis, ses collègues, ses élèves auprès desquels il vécut ses meilleures heures.

De cette harangue, si franche et sincère, se dégageait une philosophie si sereine, des sentiments si élevés, une décision si ferme, et un optimisme si réfléchi que les

© BIU Santé

applaudissements crépitèrent quand Merklen serra les mains de ses parrains et amis.

Nous le voyons avec quelque mélancolie quitter Paris, car il honorait le corps médical parisien, mais nous sommes fiers qu'on l'ait choisi parce qu'il fut et qu'il reste un des nôtres. Nous savons qu'il tiendra très haut, aux marches de l'Allemagne, dans ce pays où il est né et qui l'accueille avec joie, le drapeau de notre médecine ; que sa langue, sa conception et sa méthode seront bien françaises, toutes de bon sens et de clarté. Il part chargé de souhaits qui viennent droit de notre cœur avec cet affectueux au revoir que donnent seuls de vrais amis ; et le *Progrès Médical*, qu'il a honoré de sa collaboration, s'associe bien sincèrement aux éloges et aux hommages mérités qu'on lui a décernés.

M. Loeper

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier 1924.

Nouvelles données expérimentales sur la prévention, le traitement et l'étiologie de la conjonctivite aiguë à bacille de Weeks. — MM. *Ch. Nicolle*, *P. Durand* et *E. Conseil*, par de nouvelles expériences, montrent que :

1° La prophylaxie de la conjonctivite aiguë est réalisable par l'emploi du vaccin et du sérum spécifiques ;

2° Son traitement est justiciable de l'action de ce sérum. Les auteurs préparent un sérum de cheval, afin d'éviter la toxicité du sérum de mouton ;

3° Il y a lieu de tenir compte, dans l'étude et la prophylaxie, de la longue persistance du bacille de Weeks, virulent sur la conjonctive après guérison.

M. Phisalix.

État de l'Académie des sciences au 1er janvier 1924. — *Section de médecine et de chirurgie* :

Arsonval (Jacques-Arsène d').
Richet (Robert-Charles).
Quénu (Edouard-André-Victor-Alfred).
Widal (Fernand-Georges-Isidore).
Bazy (Pierre-Jean-Baptiste).
Vincent (Jean-Hyacinthe).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1924.

A propos de l'examen anatomo-pathologique d'une série de 130 gastrectomies pour lésions ulcéreuses. — MM. *V. Pauchet* et *Hirschberg*. — Une série de 130 cas a permis aux auteurs de vérifier les principales lésions déjà observées, telles que : structure du fond fibreux, formations adénomateuses de la muqueuse du bord, lésions vasculaires et nerveuses.

L'effort anatomo-clinique ayant pour but de superposer à un état clinique déterminé, une forme macroscopique et un type histologique d'un néoplasme donné, n'a pas encore abouti, mais la richesse du matériel chirurgical, augmentant chaque jour, permettra de réaliser ce but par la réunion des documents publiés.

Suggestions tirées de l'inspection médicale des écoles. — MM. *A. Loir* et *Legangneux* (du Havre). — La ville du Havre s'est particulièrement intéressée à l'inspection médicale des écoles maternelles, elle a employé à cette inspection 4 assistantes d'hygiène scolaire qui ont eu à contrôler les enfants de 17 écoles. Il résulte de leur contrôle qu'un grand nombre d'enfants ont une mauvaise attitude.

Dans les classes primaires, le mobilier scolaire n'est pas toujours en rapport avec la taille de l'enfant d'où mauvaise attitude en écrivant. Le port de la serviette trop chargée est également un inconvénient ainsi que les vêtements trop justes qui compriment le thorax et gênent le redressement. Pour les garçons, les bretelles sont nuisibles ; chez les filles, le corset doit être proscrit et il faut lui substituer une ceinture large.

Discussion du rapport de Wallich sur les services de l'hygiène de l'enfance. — M. *Marfan* fait observer qu'il suffirait d'assurer l'application de la loi Roussel pour avoir une surveillance médicale efficace et une bonne sélection des nourrices.

Les statistiques des centres d'élevage, d'où on élimine les malades sont trompeuses, et peu dignes de crédit. Il faut faire de la mère pauvre la nourrice payée de son enfant suivant une vieille formule.

Il y a de plus des facteurs moraux importants, il faut que la mère veuille et puisse se consacrer à son enfant.

M. *Léon Bernard* s'associe aux regrets exprimés par le rapporteur relativement aux lacunes des statistiques.

Les remèdes proposés par M. Wallich pour combattre les effets de la séparation progressive de la mère et de l'enfant ainsi que de la raréfaction des nourrices au sein lui paraissent, au moins pour quelques-uns, illusoires. M. Léon Bernard n'a pas confiance dans l'enseignement de la puériculture et de la distribution d'un matériel de stérilisation du lait aux nourrices. Il convient de tracer un programme d'ensemble de protection des enfants séparés.

Ceux-ci relèvent de deux types de placement, la pouponnière et le placement familial surveillé ou centre d'élevage.

M. Bernard estime que le placement familial surveillé doit être destiné aux enfants sains, et qu'au contraire ceux-ci ne doivent qu'exceptionnellement aller dans les pouponnières, lesquelles doivent être réservées aux nourrissons débiles, hypotrophiques, ou présentant des désordres d'alimentation, de constitution ou de développement.

Un ensemble de mesures visant la protection maternelle à côté de la protection infantile parviendrait sans doute à réduire le nombre des séparations.

Une classification des maladies mentales. — M. *Maurice de Fleury*, étudiant les doctrines générales et les classifications psychiatriques, montre que l'on ne peut adopter ni le Freudisme, ni la conception de Bleuler (de Zurich) ; il met en garde contre l'abus que l'on peut faire de certains signes, assurément intéressants, mais qui ne sont que des phénomènes d'accompagnement et non pas des causes productrices.

Il adopte la classification d'Achille Delmas qui envisage, d'une part, les psychoses accidentelles, toxi-infectieuses, lésionnelles, mal systématisées, et, d'autre part, les psychoses constitutionnelles, bien systématisées, sans lésions anatomiques.

Ces dernières, psychose cyclothymique, psychose émotive-anxieuse, psychose perverse, psychose mythomaniaque (hystérie) et paranoïa, n'ont plus rien de neurologique.

Ce sont psychoses pures, maladies du caractère, si bien que la classification de ces affections est le meilleur cadre que l'on puisse trouver à la psychologie des états affectifs.

Suffocation accidentelle d'un nourrisson par une tétine. — MM. *Balthazard* et *Duroir* relatent un cas de mort par suffocation due à une tétine. Il s'agit d'un nourrisson de 4 mois qui déjà, à plusieurs reprises, avaient dégluti sa tétine, mais l'extraction en avait été possible. Les parents, pour éviter le retour de l'accident, avaient mis un bouchon de liège dans la tétine. Malgré cette précaution elle pénétra dans la partie supérieure de l'œsophage et obstrua les voies respiratoires, l'extraction tentée par le père ne fit qu'aggraver l'occlusion et l'enfant succomba, on crut même un moment à des manœuvres criminelles.

Il ressort de cette observation que l'usage des tétines, sucettes et appareils analogues, ajoute au risque des germes pathogènes, mis dans la bouche du nourrisson celui de la mort par suffocation.

Note sur la curabilité de l'ophtalmie granuleuse par les injections stérilisantes sous-conjonctivales et l'apparente spécificité d'action du sulfate de cuivre employé en solution au millième et surtout au centième additionné de stovaïne. — M. *Nicati*.

© BIU Santé

Séance du 16 janvier 1924.

Nécessité des injections intratrachéales de lipiodol pour le diagnostic radiologique de la dilatation bronchique. — MM. Emile ***Sergent*** et Paul ***Cottenot*** présentent une série de radiographies de malades atteints de dilatation des bronches, prises après injection inter-cricothyroïdienne de lipiodol. Ils montrent que la radiographie simple n'a pas une grande valeur diagnostique dans ce cas, tandis que le lipiodol permet d'affirmer le diagnostic de bronchectasie, et même de reconnaître la variété anatomique de la dilatation, qu'elle soit ampullaire, moniliforme ou cylindrique.

Cette méthode permet aussi de différencier entre elles les diverses causes de vomiques, ainsi qu'en témoignent plusieurs images de pleurésie enkystée et d'abcès du poumon prises avant et après injection de lipiodol.

Forme hémoptoïque sèche de la dilatation des bronches. Utilité pour le diagnostic de l'injection lipiodolée. — MM. Fernand ***Bezançon***, M.-P. ***Weil***, Robert ***Azoulay*** et Etienne ***Bernard***. Les symptômes classiques de la dilatation des bronches, expectoration abondante d'un type spécial, symptômes cavitaires, etc., sont en réalité des symptômes tardifs de l'affection. La phrase prémonitoire pouvant, dans certains cas, remonter à l'enfance, échappe le plus souvent. La présence d'hémoptysies répétées et abondantes, lorsque leur nature tuberculeuse n'est pas démontrée, peut faire soupçonner l'existence de la dilatation des bronches ; mais alors ni les signes stéthacoustiques ni les signes radiologiques n'ont une précision suffisante pour faire porter un diagnostic certain. La radiographie du thorax, après injection intra-bronchique de lipiodol, selon la méthode de Sicard et Forestier, entraîne au contraire la conviction et permet de porter le diagnostic de *forme sèche, hémoptoïque de la dilatation des bronches*.

Il en était ainsi dans deux cas observés récemment : l'hémoptysie était le seul symptôme, toute expectoration faisait défaut, l'auscultation pratiquée au moment de l'hémoptysie révélait un syndrome cavitaire ébauché. La radiographie après lipiodol montra dans ces cas un syndrome radiologique très spécial : aspect en nid de pigeon surmonté d'une véritable ligne de niveau. Dans les deux cas la coexistence d'une aortite importante ou de stigmates d'hérédo-syphilis faisait pressentir le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'affection.

On connaît depuis longtemps les hémoptysies au cours de la dilatation des bronches dans les cas, où il y a expectoration abondante. La « forme hémoptoïque sèche », au contraire, a passé presque complètement inaperçue, elle est cependant d'un haut intérêt, car elle nous révèle la longue durée de la phase de latence qui précède le stade d'expectoration abondante et son diagnostic peut permettre ainsi une thérapeutique précoce soit étiologique, soit symptomatique par le pneumothorax artificiel.

Essais de vaccinothérapie préventive et de vaccinothérapie curative contre la dysenterie par la voie digestive. — Au cours de l'année 1923, M. A. ***Gauthier***, en qualité de délégué de la Société des Nations en Grèce, a eu la possibilité d'expérimenter dans des conditions favorables l'action de nouveaux vaccins antidysentériques employés par la voie buccale. Au nom de son collaborateur M. Jean Abousselan et au sien, il communique les résultats obtenus.

Les premiers essais de vaccination antidysentérique effectués par la voie hypodermique ont dû être rapidement arrêtés en raison de l'intensité des réactions plegmoneuses locales. Par contre à la suite d'environ 30.000 vaccinations préventives faites par la voie buccale, il estime que l'efficacité en paraît désormais avoir été démontrée d'une façon incontestable.

Il a employé deux sortes de vaccin liquide polyvalents contenant 3 milliards de corps microbiens morts par centimètre cube, vaccins préparés à Athènes par M. Georges Blanc e MM. Princos et Chachanopoulos et, accessoirement, 200 doses de vaccin en comprimés de la biothérapie de Paris, formule de Besredka.

La dose journalière est de 1 cc. prise à jeun et répétée pendant trois jours consécutifs, dose toujours très bien tolérée.

Constamment, il a été constaté une immunité conférée aux individus vaccinés pendant toute une période estivo-automnale, ainsi que l'arrêt rapide et complet des épidémies dans des groupements de réfugiés stables et facilement observables à Athènes, au Pirée et à Salonique. Dans un camp du Pirée, occupé par 4.800 réfugiés, où s'étaient produits 400 cas de dysenterie à Flexner avec 50 décès, la vaccination des deux tiers des habitants a mis fin à l'épidémie, qui a continué dans le tiers non vacciné, donnant lieu à 159 cas de diarrhée ou de dysenterie dans les deux mois suivants.

De même, l'administration de ce vaccin a donné d'excellents résultats curatifs, non seulement dans les cas de dysenterie bacillaire bactériologiquement ou cliniquement diagnostiquée, mais encore dans des entérites aiguës, diarrhées simple et même dans certains cas de dysenterie chronique 1453 malades ont été ainsi traités. La guérison est la règle en deux, trois ou quatre jours, sans adjonction d'aucun autre agent médicamenteux. La dose journalière maxima ne doit pas dépasser 3 cc. qu'il y a avantage à faire prendre en deux ou trois fois en vue d'éviter les réactions.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1924.

Le Forum conserve dans ses ruines des souvenirs intéressants pour l'histoire de l'art de guérir. ***Raymond Neveu*** nous apprend que la médecine religieuse était intimement liée à la vie publique chez les Romains. Il nous montre ceux-ci accourant en foule à la fontaine de Juturne et au temple d'Esculape. Ces monuments étaient voisins de la maison des Vestales et du temple de Castor et Pollux. La vieille fontaine, où les chevaux des Dioscures avaient bu, fit place dans la suite à un bassin revêtu de marbre où se baignaient les malades. Ils avaient aussi demandé au dieu les songes guérisseurs dans la chapelle où se dressait une statue de celui-ci avec les emblèmes coutumiers, le coq et la couleuvre. Il est très possible de se faire aujourd'hui une idée exacte du temple, d'après l'état actuel des ruines, dont l'arrangement ingénieux évoque, bien mieux qu'une sèche reconstitution, les aspects antiques. Neveu, en rappelant ces souvenirs italiens, a fait naître en nous la nostalgie de ce petit coin blotti sous les hauts murs et les voûtes du Palatin.

Depuis le livre de Brodier sur Alibert, la figure du médecin de l'hôpital Saint-Louis a été l'objet de plusieurs études. Voici un nouveau travail de ***Molinéry*** sur ***Alibert hydrologue***... Le baron Alibert, médecin du roi Louis XVIII, qui se faisait apporter chaque jour de l'eau d'Enghien pour ses rhumatismes, fut nommé à cette occasion inspecteur de la station thermale, poste dans lequel il délégua un de ses élèves. Ce fut le point de départ d'un travail important sur les eaux minérales françaises et étrangères : les sources de Sumatra, de l'Amérique du Sud y furent même mentionnées avec leurs propriétés thérapeutiques. L'idée d'une théorie générale des eaux minérales, qui permettrait à cette thérapeutique de cesser d'être empirique, se se trouve déjà dans l'étude d'Alibert. A Saint-Louis, il réalisa les bains d'eau minérales artificielles pour la cure des malades et obtint des résultats heureux. L'auteur de la *Physiologie des passions* était vraiment un esprit encyclopédique sans être pourtant dispersé, car il revenait toujours au but principal de sa vie, la médecine.

Torkomian, continuant d'amasser des documents pour l'histoire de la médecine arménienne, commente deux miniatures d'un manuscrit de Jérusalem. Elles représentent, l'une, deux médecins, un praticien et son assistant auprès d'un malade, l'autre quatre personnages portant le même costume. L'intérêt de ce costume réside dans la coiffure qui tombe en partie sur les épaules. Ce n'est pas un turban, et le commentateur en déduit que ce sont là des portraits de médecins chrétiens, peut-être de Galien et d'Hippocrate sous le costume chrétien, à une époque fort ancienne. Les miniatures sont en effet antérieures au manuscrit qu'elles décorent et qui remonte au XIIIe siècle, Il nous paraît plus vraisemblable que ces très an-

© BIU Santé

ens portraits de médecins représentent saint Cosme et saint Damien, fort en honneur en Palestine, dans les fondations hospitalières du haut Moyen Age.

Le secrétaire général lit ensuite le résumé de plusieurs communications dont une note très détaillée de *R. Goulard* sur les pièces d'un procès de guérisseuse au XVIIe siècle. Cette guérisseuse fut d'abord poursuivie comme sorcière, mais une enquête minutieuse auprès de sa clientèle et dans son officine ne révéla aucun des philtres, des onguents, des grimoires et de tout l'attirail coutumier des sorcières. On trouva par contre dans l'inventaire des coffres et des cassettes les produits utilisés dans la thérapeutique populaire du temps et qui sont mentionnés dans les recueils des secrets. Des ecclésiastiques, des bourgeois et des boutiquiers composaient la majeure partie de sa clientèle qui étaient considérable. La guérisseuse fut envoyée à la Bastille pour une année, puis remise en liberté dont elle profita sans doute, dit Goulard, pour reprendre la distribution illicite, mais fructueuse, de médicaments à son entourage.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 décembre 1923.

Jeûne thérapeutique et autointoxication. — M. *Nattier* a pu constater par le retour partiel de certains troubles très atténués que sa résistance organique avait été notablement fortifiée par l'action de cures répétées de jeûnes, si la désintoxication est insuffisante, nouvelle cure.

Sur la récupération de l'énergie musculaire dans les états de fatigue. — MM. *Livet* et *Roger* montrent que le développement de la fatigue au cours du travail se fait suivant une courbe progressive et régulière liée aux phénomènes du rayonnement cutané : certains agents médicamenteux peuvent redresser cette courbe et retarder la chute du potentiel énergétique (expériences) les cyclanols polyméthyléniques en solution subcolloïdale, économiseurs du travail physiologique.

A propos de la réaction de formol-gélification dans le diagnostic de la syphilis. — MM. *Gastou*, *Pontoizeau*, *Foyatier* ont étudié dans 325 cas comparativement cette réaction avec le Wassermann dans la syphilis et hors d'elle, et ont trouvé 40 % de discordance dans ces résultats. Cette méthode, du fait de sa sensibité, ne peut donner que des présomptions et pas de certitudes.

H. DUCLAUX.

Séance du 11 janvier 1924.

Pronostic et traitement des scolioses congénitales par hémivertèbres. — M. *Rœderer* pense, contrairement à l'idée que l'on s'en faisait avant la découverte des hémivertèbres congénitales, que ces scolioses ne sont pas d'un pronostic très grave. Remarquées tôt, avant les déformations secondaires limitées, elles donnent un long temps jusqu'à l'adolescence pour le traitement : gymnastique spéciale précoce, lit plâtré nocturne, corsets compressifs. M. *Rœderer* présente ainsi une jeune fille de 16 ans, très droite, traitée depuis l'âge de 18 mois, et 3 enfants traités depuis 2 ou 3 ans.

Présentation d'un stéthoscope. — M. *Lévy-Darras* présente un stéthoscope biauriculaire à deux récepteurs et en indique les avantages pour l'auscultation du poumon et du cœur ; il permet une exploration étendue des zones auscultées et la comparaison simultanée de deux foyers éloignés.

Nez traumatique, correction sans cicatrice. — M. *Bourguet* présente trois maladies qui, à la suite d'accidents, ont eu une fracture avec effondrement de la racine du nez. Pour combler la dépression, il a diminué et raccourci le nez dans un cas, dans les deux autres, il a eu recours à une greffe (Projections). Il insiste sur l'état psychique de ces malades et sur celui des femmes opérées pour rides.

Présentation d'un dispositif portatif permettant l'utilisation extemporanée de la teinture d'iode. — M. *Livet* présente un appareil réduit, transportable, étanche, pouvant servir de réservoir de teinture d'iode, de comptes-goutte et de pinceau. Cet appareil pourra rendre des services multiples au praticien.

Compte rendu des travaux de l'année. Notices nécrologiques. — M. *Blondin*.

Détermination de l'état de la circulation par l'urosémiologie. calcul des tensions artérielles. — MM. *Gautrelet* et *Tixier* montrent que l'exagération de la tension artérielle amène une diminution du taux d'ensemble des cristalloïdes de l'urine, et inversement un abaissement de la pression artérielle se traduit par une augmentation de ces mêmes cristalloïdes.

On arrive à déterminer uroséméiologiquement les tensions minima et maxima et les causes principales de l'hypertension sclérose des capillaires et viscosité sanguine.

Traitement des grosses perforations du duodénum. — M. *Pauchet* pense que ces perforations sont trois fois plus fréquentes que les gastriques. Il faut suturer la perforation et compléter une fois sur deux par une gastro-entérostomie antérieure, avec jéjunostomie. Si la perforation est trop large, fermeture en cul-de-sac du pylore et du duodénum et gastroentérostomie antérieure.

Traitement de la maladie de Lane par la cololyse. — M. *Pauchet*. — La stase intestinale chronique provoque de nombreux malaises et favorise nombre de maladies ; la cololyse consiste à couper ces adhérences intestinales et à redresser les coudures du côlon se vidant mal. La plupart des maladies chroniques, le cancer en particulier, sont influencées surtout par deux états pathologiques : la syphilis et la constipation. Le traitement médical sera fait dans tous les cas.

Emploi thérapeutique de l'insuline. — M. *Lematte* estimant que les injections hypodermiques ou intraveineuses ne sont pas toujours acceptées, pense qu'il serait intéressant de rechercher si la voie rectale ne serait pas utile. L'insuline ne donne pas de résultats chez certains diabétiques. La diminution de la glycémie ne veut pas dire que le sucre est comburé, mais elle traduit une aptitude des organes à fixer le sucre de réserve.

Traitement du terrain cancéreux. — M. *Dupuy de Frenelle* donnant ses résultats de dix ans d'études, montre qu'aucun médicament n'est capable actuellement de guérir le cancer, mais qu'il existe des médicaments, qu'il injecte en série sous forme de complexes colloïdaux, qui permetent d'enrayer la marche du cancer, et mettent le plus souvent à l'abri des récidives les cancers opérés. Ils sont de deux sortes : les uns représentent les éléments qui manquent au terrain cancéreux, fer, chaux, silice, magnésie ; les autres agissent directement sur le cancer : cuivre, quinine, sélénium.

H. DUCLAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1924.

M. *Ménétrier*, président sortant et M. *Vaquez*, président pour 1924, prononcent les discours d'usage.

La dilution sanguine dans la pathogénie et le traitement de l'accès de goutte. — M. *Chauffard*, au nom de MM. *Laporte et Rouzaud* rapporte plusieurs observations de goutteux ayant fait un accès de goutte à l'occasion d'une cure alcaline.

Les auteurs montrent que la cause immédiate de l'accès chez le goutteux est l'augmentation de la teneur du sang en eau.

Un goutteux de viscosité basse fait un accès si, par une cause quelconque, même légère, cette viscosité s'abaisse encore.

Un goutteux de viscosité basse supporte une cure alcaline si par le régime sec on relève sa viscosité.

Un goutteux de viscosité élevée ne fait pas d'accès de goutte.

MM. *Laporte et Rouzaud* pensent que la dilution sanguine provoque l'accès de goutte en augmentant dans de grandes proportions la teneur du plasma en acide urique.

Ils proposent le régime sec comme moyen préventif et curatif de l'accès de goutte chez le malade de viscosité basse.

© BIU Santé

Syndrome protubérantiel aïgu, probablement d'origine encéphalitique. — Depuis qu'est apparue l'épidémie actuelle de grippe, MM. ***Clovis Vincent et J. Darquier*** ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de troubles tels que raideur de la nuque, paralysie faciale, névralgie occipitale, mais surtout 3 cas de lésions protubérantielles aiguës, lésions survenues chez des personnes assez jeunes, ne présentant aucun signe de syphilis. Elles venaient d'avoir la grippe ou vivaient dans un milieu de grippés. Chez la première malade, jeune femme de 22 ans, le début fut rapide, sans être brusque. Au bout d'une semaine environ, sans fièvre ni réaction méningée appréciable, elle présentait un syndrome de Millard-Gubler accompagné de troubles sensitifs (dissociation syringomyélique) auquel s'ajoutait une hémiplégie organique (membres supérieur et inférieur droits) sans participation de la face à gauche. L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une très légère lymphocytose, une légère hyperalbuminose, un taux de glucose normal. Les troubles présentés, sont légers, fugaces comme dans les troubles d'origine toxi-infectieuse.

Chez les deux autres malades, une douleur de la nuque pendant 5 à 6 jours, puis un vertige de Ménière typique ont précédé les troubles nerveux proprement dits. Du même côté que la lésion du nerf vestibulaire existe une lésion du trijumeau caractérisée par l'abolition du réflexe cornéen et une dissociation syringomyélique de la sensibilité dans le domaine du trijumeau. Il n'existait pas d'autres signes d'une maladie organique du système nerveux ; il n'y avait pas de réaction méningée clinique, anatomique ou humorale. L'amélioration s'est produite rapidement.

L'absence de syphilis évidente, la coïncidence avec l'épidémie de grippe, les caractères des troubles nerveux, indiquent qu'il s'agit de la localisation d'un processus infectieux sur la protubérance. Il se peut que ce processus soit encéphalitique : Chez deux des malades existaient les phénomènes de l'hypertonie faradique provoquée du trapèze, le phénomène du jambier antérieur, l'hypertonie passive provoquée des muscles fléchisseurs de la jambe. L'ypertonie parkinsonienne, ajoute M. Cl. Vincent, lors de la discussion, dépend plus de l'encéphalite que de la grippe.

L'ébauche de ces phénomènes peut se voir au cours de l'encéphalite comme aux périodes post-encéphalitiques, Leur association avec un syndrome de Ménière est rare (3 cas publiés), elle est moins rare avec une labyrintite fruste.

Traitement de la leucémie myéloïde par le thorium X. — M. ***Aubertin*** a traité par le thorium X., substance qui chez les sujets à sang normal produit une leucopénie considérable et durable sans troubles fonctionnels appréciables, un cas de leucémie myéloïde fruste à 24.000 leucocytes (37 % de myélocytes.

Il fit 7 injections hebdomadaires de 300,400, puis 200 microgrammes.

Le chiffre leucocytaire tombe rapidement à la normale, puis au-dessous (1.500 par millimètre cube) cependant que les myélocytes tombaient à 5 %.

Après cessation du traitement, l'amélioration s'est poursuivie, puisque actuellement, 7 mois après, la leucopénie persiste. Le chiffre des globules rouges baisse en même temps.

La rate ne diminua notablement de volume qu'après l'interruption du traitement.

L'action du thorium X est donc très lente et se poursuit longtemps après la suspension du médicament. Le maniement de ce dernier semble moins délicat que celui du benzol ; il est à la portée de tous les praticiens.

Quatre cas de leucémie aiguë observés en quelques semaines. — MM. ***Aubertin et Guellety-Bosviel*** rapportent quatre cas de leucémie aiguë observés à l'hôpital St-Louis dans l'été 1922. Ces cas se caractérisent par leur évolution suraiguë ; température en plateau à 40°, l'intensité des phénomènes hémorragiques (syndrome hémogénique), forte proportion des cellules primordiales) la rapidité de la déglobulisation. Ni splénomégalie, ni hypertrophie ganglionnaire.

On pourrait donner à ces leucémies l'épithète « suraiguës », car elles évoluent en quelques jours. Le fait intéressant est l'allure sporadique de l'affection qui pose la question de l'épidémicité de la leucémie aiguë, affection dont la nature infectieuse est d'ailleurs probable. L'hémoculture a toujours été négative.

Un cas de septicémie colibacillaire avec néphrite aiguë et parotidite. — M. ***Delater*** rapporte et commente l'observation d'un malade hospitalisé en état d'insuffisance rénale aiguë par localisation d'une septicémie colibacillaire et dont l'état, qui s'améliorait, s'est aggravé subitement par suite d'une parotidite double. Le même colibacille a été trouvé dans le sang, l'urine et le pus parotidien.

Comme l'autopsie n'a montré aucune rétention bacillaire chirurgicale le long des uretères et que l'histologie a révélé des lésions de néphrite aiguë surajoutées à une néphrite chronique, l'auteur pense qu'il s'est produit à l'origine une de ces pullulations microbiennes sanguines parties de l'intestin, comme il s'en produit fréquemment mais sans conséquence à la suite du fléchissement momentané de l'immunité locale acquise par la muqueuse intestinale contre ses saprophytes normaux.

L'évolution a été trop rapide pour qu'on ait pu tenter un auto-vaccin.

A propos de la disparition de la chlorose. — M. ***Rist*** présente une communication de M. Roch (de Genève) Celui-ci a constaté, d'après les statistiques des hôpitaux de Suisse, une réelle diminution du nombre de chlorose. Il l'attribue à la disparition du port du corset.

Séquelles pleuro-pulmonaires tardives des plaies de poitrine. — M. ***Babonneix*** présente une statistique de M. ***Brelet*** (de Nantes). Celui-ci a examiné en 1922 et 1923, 34 plaies de poitrine par balle, skrapnell, éclat d'obus ou de grenade. 13 blessés n'ont presque aucune séquelle, 17 présentent des signes cliniques et radioscopiques d'adhérences pleurales, de pachypleurite.)

Un autre atteint par une balle au poumon droit a eu, quelques mois plus tard, un abcès froid costal à gauche. Les trois derniers sont des tuberculeux pulmonaires, mais dans 2 cas, la tuberculose qui siège au poumon n'ayant pas été atteint par le traumatisme a débuté trois ans après la blessure.

Un cas de fièvre de Malte à forme fruste. — MM. ***d'Œlsnitz G. Degroote et F. Pin*** rapportent l'histoire clinique d'un cas fruste de mélitococcie ayant débuté quelques jours après l'ingestion de fromage blanc préparé avec du lait de brebis chauffé à faible température.

La nature véritable de l'infection aurait été certainement, méconnue si la recherche du germe causal n'avait été subordonnée à une impression clinique préalable.

Séance du 18 janvier 1924.

Un cas d'encéphalite épidémique à localisation bulbo-protubérantielle. (***F. Rathery*** et ***R. Kourilsky*** (à propos de la communication de M. ***Cl. Vincent***). — La malade âgée de 38 ans, entre à l'hôpital pour une paralysie faciale droite totale datant de 48 heures. On constate en outre des contractions fibrillaires très marquées au niveau de nombreux groupes musculaires. L'affection avait débuté 15 jours auparavant par des malaises, des crampes, des fourmillements dans les jambes et dans les bras ; pas de fièvre. Six jours après la paralysie faciale droite, survient une paralysie faciale gauche totale et du trismus ; quatre jours ensuite, de la paralysie du voile fait son apparition et les troubles de la parole s'accentuent, au bout de 5 jours s'installe une paralysie récurrentielle totale gauche et on note une disparition complète des reflexes tendineux des membres. Des accidents broncho-pulmonaires emportent la malade. Les résultats des inoculations au lapin pratiquées avec la collaboration du Dr Harvier et la description des lésions anatomo-pathologiques seront publiés ultérieurement.

Rapport de M. Lemoine au sujet du Prix Legendre accordé à MM. *Ledoux* et *Marcel Sieur*.

M. ***Gilcasarès*** présente une série de pelogrammes très intéressants. La méthode, qui n'est autre qu'une méthode d'inscrip-

© BIU Santé

tion graphique mécanique, a l'avantage de fournir les renseignements plus précis que les méthodes ordinaires et peut, comme l'électro-cardiographie, objectiver l'arythmie complète, en particulier la techysystolie auriculaire. L'auteur insiste sur les pelogrammes de l'insuffisance aortique où l'onde retrograde est très nette.

Présentation d'un cas de paralysie du nerf cubital par compression chez un nourrisson de 4 mois couché à côté de sa mère. — M. *Variot*.

Néphrite scarlatineuse azotémique pure. Confusion mentale. Myosis. Hypothermie. Cheyne-Stokes. Symptômes méningés. — MM. *Fr. Merklen*, *Hirschberg* et *R. Turpin* ont assisté à l'évolution d'une néphrite aiguë scarlatineuse dont l'histoire offre des particularités intéressantes. Il s'agissait d'une néphrite purement azotémique, ce qui est rare en cas de scarlatine. Non seulement faisait défaut la rétention chlorurée, mais encore l'hypertension. Ce dernier point surtout est assez insolite. De plus, cette néphrite s'est accompagnée d'un syndrome typique de confusion mentale, avec torpeur ou agitation selon ses moments. La confusion a évolué parallèlement à l'azotémie ; elle a cédé en même temps qu'elle. On est en droit de conclure que, dans ces circonstances, l'état mental était bien sous la dépendance de l'azotémie, or, on le sait, les accidents psychiques de l'urémie par rétention azotée ne sont pas fréquents.

Par ailleurs, le malade avait du myosis et une hypothermie notable. Ces manifestations doivent par suite relever du même mécanisme de rétention uréique, conformément à la manière de voir de M. Lemierre. Si bien, qu'en définitive on peut, chez un même malade, relever déjà trois symptômes importants d'origine urémique et rattachables, les uns et les autres, à la seule azotémie. Cette constatation offre un intérêt général évident pour l'étude de la pathogénie des symptômes urémiques. Encore convient-il d'établir une discrimination. S'il semble bien, en effet, que le myosis et l'hypothermie s'observent toujours chez des azotémiques, les réactions psychiques appartiennent à toutes les modalités d'urémie ; tout au moins le fait actuel prouve-t-il à son tour la possibilité du rôle exclusif de l'azotémie.

Enfin il y a lieu de mentionner du Cheyne-Stokes et des symptômes méningés cliniques sans réactions biologiques. Force est de les relier aussi chez ce malade à l'azotémie, donnée d'autant plus à retenir que l'on a beaucoup discuté sur la cause de Cheyne-Stokes.

Granulomatose maligne médiastinale à début pleural. — M. *Ménétrier* et Mme *Bertrand Fontaine* rapportent l'observation d'une malade ayant succombé en 6 mois à une granulomatose maligne. Le début fut marqué par une pleurésie, puis apparurent des signes de tumeurs médiastinale, sous-cutanée et ganglionnaire en même temps qu'une fièvre irrégulière à grandes oscillations.

Le diagnostic fut fixé, malgré l'absence de prurit et d'éosissophilie sanguine, par l'examen d'un ganglion prélevé par biopsie ; un traitement radiothérapique ne put empêcher l'évolution fatale.

L'examen histologique de la tumeur médiastinale, des noyaux sous-cutanés et des ganglions, montre partout la même structure, caractéristique de la maladie : infiltration diffuse et polymorphe de cellules de la lignée lympho-conjonctive : plasmocytes et éosinophytes surtout, avec polynucléarie, lymphocytes et mastocytes en moindre quantité, et présence de cellules monstrueuses dites de Stemberg, qui paraissent être de nature macrophagique et de provenance diverse. En tout cas, les caractères histologiques sont nettement ceux d'une tumeur inflammatoire par hyperplasie locale des divers éléments tissulaires ; cette réaction est identique dans les foyers extra-ganglionnaires et dans les ganglions eux-mêmes et paraît relever de la même irritation par un agent pathogène encore inconnu.

Cette affection est rangée jusqu'à présent dans le groupe des hypertrophies ganglionnaires aleucémiques. Il est illogique de lui conserver l'appellation de maladie de Hodgkin, le mémoire de cet auteur, paru en 1832, treize ans avant la découverte de la leucocythémie, n'ayant aucune raison de se rapporter à des cas de granulomatoses plutôt qu'à des leucémies lymphoïdes ou à pes lymphadémies tuberculeuses.

Du reste, l'affection n'est pas spécifiquement ganglionnaire les foyers viscéraux si fréquents ont exactement la même structure que les foyers ganglionnaires, et les auteurs proposent de substituer au terme de lymphogranulomatose celui, plus général, de granulomatose maligne.

Méningite à méningocoque guérie par la sérothérapie intraventriculaire. — *MM. Ch. Achard, G. Marchal et Laquière* présentent un homme de 27 ans entré à l'hôpital au 5e jour d'une méningite à méningocoque. Traité aussitôt par le sérum injecté dans le rachis et sous la peau, il fut d'abord amélioré, mais après trois jours d'apyrexie presque complète, une reprise survint, bien que la sérothérapie fût continuée. Comme l'identification de la variété microbienne avait échoué, on ne pouvait employer un sérum univalent. Au 13e jour de la reprise de maladie on avait injecté en 18 jours 710 cc. de sérum trivalent dans le rachis et 510 sous la peau. L'état du malade s'aggravant et les méningocoques persistant dans le liquide, on recourut à l'injection intra-ventriculaire par trépano-ponction, répétée 3 fois en 5 jours : 120 cc. de sérum furent injectés dan les ventricules et 85 dans le rachis. On peut s'assurer en colorant le sérum, que les espaces sous-arachnoïdiens communiquaient librement avec les cavités épendymaires. La guérison fut rapide et se maintient depuis un mois.

C'est à la région frontale, dans la corne frontale des ventricules latéraux que l'injection a été faite. Lewkowiez, qui traite systématiquement la méningite cérébro-spinale par l'injection crânienne de sérum, la pratique plutôt à la région temporale.

Détermination qualitative de l'urobiline dans le suc duodénal prélevé par tubage. — *MM. M. Chiray et R. Benda* rappellent d'abord que quelques travaux, ceux des Américains en particulier, ont déjà porté sur cette question, mais en la limitant surtout à l'étude de l'anémie pernicieuse et des indications de la splénectomie. Il semble que le problème puisse être envisagé sous une forme beaucoup plus vaste et qu'il se relie directement à la question du cycle organique de l'urobiline en général.

Dans ce premier travail, les auteurs pensent avoir établi une méthode sûre et fidèle pour la détermination qualitative de l'urobiline dans le liquide de tubage duodénal. Les procédés employés avant eux ne leur ont fourni que des résultats douteux ou contradictoires. Avec l'aide de M. le professeur Grimbert et de son préparateur M. Poirot, ils ont établi une technique personnelle qui possède le double avantage d'éliminer complètement les pigments biliaires dont la présence gêne la détermination chimique et surtout spectroscopique de l'urobiline et d'épuiser, sinon la totalité, du moins la plus grande partie de l'urobiline du liquide duodénal.

Sans vouloir en déduire des conclusions trop hâtives, les auteurs signalent les premiers résultats obtenus par cette méthode purement qualitative :

1° Ils ont constaté la présence constante de l'urobiline duodénale à l'état normal (l'absence n'ayant été observée que dans deux cas d'ictère catarrhal, deux cas d'obésité et un cas de leucémie myéloïde).

2° Les variations de l'urobiline duodénale ne paraissent pas parallèles à celles de la bilirubine.

3° L'étude de deux cas d'ictère catarrhal a permis de noter des fluctuations sensiblement parallèles de l'urobiline duodénale et de l'urobiline urinaire, ce qui n'est guère compatible avec la théorie classique de la circulation entérohépatique de l'urobiline.

Leucémie aiguë et tuberculose. — *M. Quentin* (de Rennes) rapporte, à propos de la communication de M. Aubertin, un cas de leucémie aiguë à évolution atypique ayant évolué en trois semaines avec peu de fièvre, splénomégalie et adénopathies considérables, déglobulisation intense et ascension rapide du chiffre leucocytaire de 400.000 à 800.000 et enfin au point de vue étiologique des antécédents héréditaires et personnels de tuberculose particulièrement importants.

René Giroux.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le Scillarène, glucoside cristallisé, principe actif isolé du bulbe de la Scille, sa valeur thérapeutique.

Pourquoi la Scille, médicament connu de tous les médecins pour ses propriétés toni-cardiaques et diurétiques, est-elle tombée dans le discrédit ?

C'est, avant tout, parce que la poudre de Scille a des effets inconstants, parfois même dangereux, en raison de sa composition très inégale en principes actifs et en produits toxiques.

Le Prof. Gabriel Perrin, qui a bien étudié cette question, expose que ces principes actifs varient parfois du simple au double, de telle sorte que, le praticien ne peut pas manier cette substance avec toute la tranquillité et la certitude nécessaires.

Cependant, les propriétés thérapeutiques de la Scille sont remarquables, et maintenant que le principe actif du bulbe de la Scille a été isolé sous la forme d'un *glucoside cristallisé* (le Scillarène), l'étude physiologique et clinique de la Scille a pu être reprise et a donné des résultats fort intéressants. Le professeur Gabriel Perrin dans un travail de physiologie et de thérapeutique (1) et le docteur Calac dans sa thèse inaugurale (2), ont poussé très loin ces recherches, et, leurs conclusions, à peu près identiques, méritent d'être signalées dans un court résumé :

Pour ces auteurs : « Le Scillarène allonge et renforce la diastole, augmente le tonus cardiaque, élève la pression artérielle, » de plus, il ne s'accumule pour ainsi dire pas, car « le cœur arrêté en systole sous l'influence du glucoside de la Scille reprend son activié après des lavages dans la solution de Ringer ». C'est la preuve de la non adhérence du glucoside à la fibre cardiaque et de sa facile élimination.

Au point de vue clinique, le Scillarène ne remplace pas la digitale ; il occupe une place spéciale dans la thérapeutique entre la digitale et la théobromine, grâce à un pouvoir toni-cardiaque et diurétique constant, régulier, progressif, sans danger d'accumulation et sans effets secondaires sur le rein et sur l'estomac.

C'est là un fait nouveau dans la médication par la Scille et un progrès réalisé en cardiologie.

Ce qui intéresse surtout le praticien, c'est de connaître les propriétés *spéciales* du glucoside de la Scille, c'est de savoir les raisons qui donnent à ce principe actif une place nouvelle dans la pratique médicale. Perrin et Calac ont répondu à cette question essentielle, et ils ont reconnu au médicament les propriétés suivantes : Avec un dosage exact et une posologie précise, il maintient la compensation obtenue par la digitale, il permet un traitement cardio-rénal aussi prolongé qu'il est nécessaire, sans danger d'accumulation et presque sans toxicité, enfin, il agit dans les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus.

C'est à la suite de ces constatations que Cheinisse (3) a pu écrire : « La Scille est réhabilitée » marquant ainsi devant l'opinion médicale le fait nouveau à retenir.

D'autres précisions ont été données encore sur l'utilisation du Glucoside de la Scille. Nous savons, par exemple que : 1° ce corps cristallisé est le médicament de choix des cardiopathies moyennes, lorsque l'indication de la digitale et du strophantus n'est pas encore formelle.

2° Il permet de reculer, à une échéance lointaine, l'utilisation de ces médicaments, en maintenant suffisante l'activité du cœur et du rein.

3° Lorsque, après l'utilisation habituelle de la digitale ou de la digitaline, on emploie le Scillarène aux doses moyennes, on maintient un état physiologique tout à faut favorable, et, pendant longtemps, dans les cas même graves et anciens de cardiopathie.

On s'explique donc pourquoi, grâce à ce glucoside, la médication par la Scille prend en ce moment une place importante en cardiologie, et pourquoi, M. le professeur Rathery citait récemment le Scillarène dans un très remarquable travail de thérapeutique (1).

En outre, des recherches nouvelles sont faites sur la question de savoir si, avec le glucoside de la Scille, il ne sera pas plus facile d'obtenir la disparition de l'azotémie dans certaines néphrites, comme tendent à le faire espérer les travaux du prof. Pic, de Lyon, sur l'action de la Scille envisagée à ce point de vue.

Pour toutes ces indications, la posologie du Scillarène est la même.

On utilise par jour, 1 à 4 comprimés ou 1 à 4 fois quinze gouttes de la solution, dont 1 centimètre cube renferme un demi-milligramme de principe actif. Dans les cas où on veut agir vite, on emploiera les ampoules de Scillarène à la dose de une à trois par 24 heures, et de préférence par la voie intra-musculaire.

L'injection est bien tolérée.

Dr. H. BARJOU

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1923.
(2) *Thèse* de Toulouse, 1923.
(3) *La Presse Médicale*, 4 août 1923.

(1) *Paris Médical*, 1er décembre 1923.

Ministère de l'hygiène. — CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales le lundi 10 mars 1924, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 20 février 1924.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

© BIU Santé

ACTUALITÉS

NEUROLOGIE

La troisième réunion biologique neuro-psychiatrique à l'Asile Sainte-Anne

La troisième réunion biologique neuro-psychiatrique a eu lieu à l'asile Ste-Anne, le mardi 11 décembre, sous la présidence du Professeur Claude. Le succès en a été très vif et l'on peut envisager que la périodicité des réunions soit dorénavant plus rapprochée et plus régulière.

Le professeur Claude et Mlle Suz. Bernard, présentèrent à nouveau la malade qu'ils avaient montrée à une précédente séance : une myxœdémateuse ayant fait un accès de mélancolie avec stupeur. Le problème que posait cette malade était de savoir si une relation de cause à effet existait entre le trouble endocrinien et la psychose. La malade a été, dans l'intervalle des deux réunions, traitée par une opothérapie vigoureuse. L'état mental s'est amélioré parallèlement à l'état organique. Le rôle étiologique que le myxœdème a joué dans l'apparition de la psychose paraît incontestable et la preuve est ainsi faite qu'il existe des psychoses thyroïdiennes.

Le professeur G. Marinesco (de Bucarest) donne ensuite, avec de multiples projections à l'appui, une vue d'ensemble sur ses travaux quant au « rôle des ferments oxydants dans la vie du neurone ». Les méthodes micro-biologiques permettent d'étudier l'intensité de la pathologie nerveuse. Ainsi la méthode des oxydases permet d'observer les variations protoplasmiques produites par la respiration cellulaire. Toutes les cellules nerveuses contiennent dans leur protoplasma des ferments oxydants ; ces ferments existent dans les dendrites, dans les terminaisons nerveuses sensitives, mais font défaut (sauf chez l'embryon jusqu'au 7e mois) dans les cylindres-axes.

On retrouve la présence d'oxydases dans les nerfs en voie de régénérescence. Il existe un rapport entre la quantité des ferments oxydants et l'intensité de la vie cellulaire et aussi l'intensité que comporte la vie de l'organisme tout entier. Les oxydases du système nerveux sont un des facteurs les plus importants de la chaleur animale. La vieillesse amène une diminution des oxydases, ce qui rend illusoires les tentatives récentes de « rajeunissement ».

Dans la discussion qui suivit l'exposé de M. Marinesco, M. *Lhermitte* rappelle qu'il a observé également des phénomènes de régénération nerveuse dans les cas de transsection médullaire, mais uniquement au niveau des racines postérieures. Parallèlement à la diminution des oxydases, on observe, en pathologie nerveuse l'augmentation du fer de désintégration.

MM. *Guillain et Alajouanine* firent ensuite sur une malade la démonstration du réflexe médio-pubien qu'ils ont récemment décrit.

MM. *Toulouse, Marchand, Targowla et Mlle Pezé* montrèrent les coupes du cerveau d'une malade ayant présenté un syndrome biologique très fruste et ayant succombé, après une brève période d'observation, à des accès épileptiformes. L'examen microscopique montra des lésions légères de méningo-encéphalite et la question peut se poser s'il s'agissait là d'une P. G. au stade initial.

MM. *Foix et Nicolesco* décrivent les lésions microscopiques de l'encéphale dans deux cas de myopathie et un cas de maladie de Thomsen. Ces trois cas offrent en commun une dégénération pigmentaire plus ou moins marquée du putamen et une atrophie du pallidus. Les cellules à pigment noir (locus cœruleus, noyau du X, etc.), sont atrophiées et enkystées, mais le locus niger paraît indemne. Ces altérations du type abiotrophique, restreintes au système extra-pyramidal et aux formations végétatives annexées, s'apparentent aux lésions du Parkinson mais s'en distinguent par l'absence de lésions vasculaires et myéliniques.

Mlle *Gabrielle Lévy et M. L. Van Bogaert* projettent et font circuler des pneumogrammes qui montrent un type respiratoire *à ondulations* fréquent surtout chez les pseudo-bulbaires.

Laboratoire des Produits
"USINES du RHÔNE"

URAZINE
(Citrosalicylate de Pipérazine)

Étudiée et préparée avec le soin minutieux dont le Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE" entend faire la caractéristique de sa marque, l'URAZINE ajoute, à l'action de la Pipérazine, les qualités analgésiques et antiseptiques de l'Acide salicylique.

L'URAZINE est donc :
Un énergique dissolvant de l'Acide Urique et des Urates,
Un analgésique extrêmement efficace des douleurs rhumatismales, néphrétiques, etc.,
Un antiseptique puissant des reins et de la vessie.

Parfaitement tolérée par l'estomac, sans action sur le cœur et sur le système nerveux, l'URAZINE est le médicament de choix à opposer à la Lithiase rénale et à toutes les manifestations arthritiques.

Présentée sous deux formes :
Granulés effervescents pour le traitement prolongé.
Comprimés dosés à 0 gr. 30 pour le voyage.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS A LA DISPOSITION DE MM. LES DOCTEURS
L. DURAND, Pharmacien, 21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8e).

Médication externe
antirhumatismale et analgésique

Baume RHODIA
au Rheumacylal
(Salicylate de Glycol solubilisé)

Succédané du Salicylate de Méthyle

NON RUBÉFIANT - NE GRAISSE PAS
ODEUR AGRÉABLE
S'ABSORBE RAPIDEMENT

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS :
Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE"
21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e).

R. C. Seine : 104.380.

© BIU Santé

ANTHROPOLOGIE

Les variations numériques des vertèbres.

Le Dr Dubreuil-Chambardel se propose d'étudier dans les conférences de son cours à l'Ecole d'anthropologie les symptômes morphologiques et les syndromes cliniques déterminés par les variations anatomiques du rachis.

Les variations de nombre des vertèbres sont exceptionnelles au cou, rares au thorax, plus fréquentes aux lombes.

Au cou, il peut exister 8 vertèbres par suite d'un dédoublement de l'axis. L'atlas est alors réduit ou synostosé à l'occipital. La dernière cervicale est munie de côtes ou présente des apophyses transverses très élargies. Il n'y a pas de modification apparente dans la morphologie du cou, mais on constate les signes d'un torticolis osseux.

Au thorax, la présence d'une vertèbre en plus au dessous de la 10e ne détermine pas de modification morphologique de la région, et n'a pas de conséquence clinique.

Aux lombes, par contre, lorsqu'on constate 4 ou 6 vertèbres lombaires (tout le reste du rachis étant normal), ce qui se voit une fois sur cent, on note d'importantes modifications morphologiques. La hauteur du rachis lombaire, qui est de 19 cent dans les cas ordinaires à 5 vertèbres, est réduite à 15 c. lorsqu'il y a 4 vertèbres, et portée à 22 c. lorsqu'il y a 6 vertèbres. L'ensellure lombaire est effacée dans le premier cas, accentuée dans le second. L'aspect de la région est d'un cylindre dans les cas à 4 vertèbres, d'un sablier allongé dans les cas à 6 vertèbres. La distance qui sépare la 10e côte de la crête iliaque est réduite à 3 centimètres ou portée à 7 ou 8 centimètres. Bref, il y a tout un ensemble de détails morphologiques qui caractérisent les sujets à 4 ou 6 vertèbres lombaires. Il n'y a pas de conséquences cliniques, sauf la diminution ou l'augmentation de la cavité abdominale chez la femme pendant la grossesse.

SYNOSTOSE

La synostose occipito-atloïdienne Les torticolis osseux.

L'atlas est synostosé à l'occipital huit fois sur mille sujets.

Cette variation se présente sous deux aspects : simple réduction de l'atlas ; fusion plus ou moins complète des deux os. Il y a rarement symétrie entre les deux côtés.

Elle entraîne des symptômes cliniques importants.

1° Réduction de la hauteur du cou ;

2° Limitation des mouvements latéraux et antéro-postérieurs du cou ;

3° Inclinaison latérale et rotation marquée, l'une et l'autre permanentes, de la tête sur le cou : cypho-scoliose occipito-cervicale ;

4° Aplatissement de toute la moitié crânio-faciale correspondant au côté de l'inclinaison : asymétrie crânio-orbito-naso-maxillaire.

Tout cela constitue le syndrome clinique du torticolis osseux.

Ce syndrome peut être héréditaire.

Il y a d'autres torticolis osseux d'origine vertébrale dus : 1° au dédoublement de l'axis ; 2° à la fusion de pièces cervicales ; 3° à la présence d'une hémivertèbre cervicale.

Dans tous ces torticolis, l'élément musculaire cervical est réduit du côté de la déviation, mais ne présente pas de lésions pathologiques (11 et 18 janvier 1924.)

THÉRAPEUTIQUE

L'héliothérapie à l'altitude dans le traitement de la tuberculose chirurgicale

L'héliothérapie à l'altitude, dit M. Germain *Mathieu* (Thèse de Paris, 1923, Maloine, édit.) mérite une place de choix parmi les traitements des tuberculoses, dites chirurgicales.

Elle guérit avec le minimum de pertes de substance et de mutilation ; fréquemment, elle permet à une articulation touchée par la tuberculose de retrouver toute ou une partie de sa fonction ; elle produit une véritable réfection de l'organisme.

ESTOMAC
DYSPEPSIES — GASTRALGIES
HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS GASTRIQUES
MAGNÉSIE BISMURÉE
(Marque Déposée)
RÉGULATEUR NORMAL DES FONCTIONS DIGESTIVES
Echantillons gratuits à Messieurs les Médecins
Préparée par :
A. W. B. SCOTT, Pharmacien-Droguiste
R. C. Seine : 113.911. 38, rue du Mont-Thabor, PARIS


CABINET
SIMON & CHOSSAT
Cession de CLIENTÈLES MÉDICALES
REMPLACEMENTS
83 Bd St Michel, Paris. Tél: Gob. 63-50
R. C. Seine : 208.041

LABORATOIRES CARTERET
LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE : 15, Rue d'Argenteuil, PARIS. R. C. Seine 185.284.

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation
DIURÈNE
Extrait total d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE PILULES

SINAHIN
Traitement
ANTIDIABÉTIQUE
- Sans Régime -
PILULES A BASE D'EXTRAITS VÉGÉTAUX
5 à 15 Pilules par jour
Communication à l'Académie de Médecine, 30 Décembre 1913, par le Docteur Dinguizli, de Tunis, sur les Travaux d'Avicenne.

ANTISEPTIQUE — — DÉSINFECTANT
LUSOFORME
FORMOL SAPONINÉ
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Réactions des familles de psychopathes vis-à-vis du malade et du médecin

Par M. le Dr VINCHON.

Dupré a insisté, au Congrès de Strasbourg, sur l'importance de l'interpsychologie entre les membres d'un groupe social où vit un psychopathe. Nous limiterons cette étude aux réactions des parents, ascendants ou collatéraux vis-à-vis du malade, dans le cours de la maladie, et du médecin, à l'occasion du traitement.

Les réactions présentent des variations d'intensité ou de durée suivant que l'affection éclate brusquement ou s'installe peu à peu.

L'apparition inattendue de la folie, accès maniaque ou mélancolique, bouffée de confusion mentale, cause toujours une émotion intense. La collectivité familiale résiste à cette idée que le malade lui est devenu en quelques heures étranger, « aliéné ». Les anciens préjugés contre la folie, maladie honteuse, s'opposent à la connaissance de la situation exacte et à la mise en œuvre des premiers soins logiques. Les cris, les gestes désordonnés, l'excès de l'excitation ou de la dépression, la désorientation dans l'espace et le temps répandent d'abord l'effroi. L'espoir d'une guérison rapide reparaît par intervalles basé le plus souvent sur des indices futiles. Quand le médecin est appelé, il trouve le malade réduit à l'impuissance, entouré des proches et des voisins, dans une atmosphère peu propice à ramener le calme.

Si l'évolution est progressive, le choc a été moins brutal, mais le milieu familial tend à se transformer, par une série d'actions et de réactions, dans un sens qui favorise la marche de la maladie vers l'aggravation. Janet a observé que les individus sains abandonnaient la partie ou bien s'épuisaient et devenaient contaminés à leur tour, ou enfin, plus heureusement parvenaient à imposer la discipline de la santé et à guérir le malade (1). Dans la pratique, ce sont surtout les réactions du deuxième genre que nous avons rencontrées : l'épuisement, l'abaissement de la « tension psychologique » sont des faits communs, si la contagion n'est pas toujours la règle. Au cours des interréactions, les nerfs du milieu familial « s'usent » peu à peu, les proches ne dorment plus, guettant les bruits suspects, tressaillent même dans le silence.

Comme dans les psychoses à début brusque, nous ne sommes jusqu'ici en présence que de manifestations émotives, mais plus fréquentes et plus longues ; leur action sur l'entourage sera plus durable.

Si maintenant les actes du malade paraissent relativement logiques, s'il s'agit d'un délire plus ou moins systématisé, deux partis commencent à se former parmi les parents : l'un admet l'existence de la psychose et veut prendre les mesures nécessaires, l'autre remarque que le patient « a toute sa raison et ne déraisonne que sur certains points » ou même partage le délire. Cela n'est pas exceptionnel dans les psychoses à base d'interprétation, avec leur logique morbide, qui s'impose aux esprits débiles avec une force déconcertante.

La suggestibilité à tous ses degrés vient prendre place à côté de l'émotivité pour diriger les interréactions familiales. Ces deux éléments se pénètrent mutuellement, mais il sera possible de dégager le rôle de chacun, en interrogeant séparément les parents du malade lors de l'établissement des commémoratifs.

Même avant l'entrée dans le cabinet médical, l'attitude de la famille dans le salon d'attente est déjà caractéristique. Celui-ci est certain de lui et parcourt les revues, ceux-là restent debout et impatients, d'autres consultent fébrilement leurs notes. Le médecin, qui n'est pas encore prévenu, devra, de toutes façons, s'abstenir d'une intervention hâtive. Il cherchera à mettre la famille en confiance et la laissera parler : s'il observe des dissidences dans le cours du récit, il isolera une partie de ses visiteurs pour les entendre plus tard.

La grosse affaire, à la maison de santé ou à la ville, sera ensuite de faire comprendre la nécessité de l'isolement, qui supprimera les interréactions familiales. Le médecin devra déployer beaucoup de patience, d'autant plus que l'émotivité et la suggestibilité du milieu seront plus accusées, et ne réussira d'ordinaire, qu'après plusieurs expériences, reproduites chaque fois dans des conditions presqu'identiques.

La vie du malade, dans un milieu neutre, sous la garde d'une infirmière avertie et instruite, comporte une part d'ennui, mais aussi une sorte d'engourdissement bienfaisant. Après les instances de la famille, les visites sont permises de nouveau ; des prétextes altruistes ont été invoqués, qui voilent mal le désir des proches de soulager leur propre impatience. Dès la reprise du contact, malgré les recommandations, le patient est mis au courant de la vie active du dehors, il doit répondre à des questions sur son état et les soins qu'il reçoit, enfin il subit la critique de ses conceptions maladives et des tentatives inutiles pour les ramener à la logique. Au soir l'agitation reparaît, la nuit suivante est mauvaise et l'insommie hantée des souvenirs pénibles de la journée de visite. C'est le premier résultat de l'incompréhension des parents, qui veulent traiter un psyphopathe comme un homme normal dans l'erreur, et l'obliger à s'adapter à eux au lieu de s'adapter à lui. L'aggravation de la maladie est inévitable, si les visites se renouvellent, et l'isolement s'impose désormais dans toute sa rigueur jusqu'à l'apparition de signes certains de convalescence

***

Jusqu'ici nous avons supposé que nous étions en présence des interréactions d'un groupe de parents émotifs. Des déséquilibrés instinctifs, paranoïaques, cyclothymiques et imaginatifs se rencontrent aussi dans des proportions variables parmi les membres des familles d'aliénés ; nous pensons que Janet a apporté quelque complaisance à signaler parmi eux des individus indemnes de tares psychopatiques. L'expérience des parloirs des asiles et des cabinets médicaux des maisons de santé nous a appris qu'il était rare de conserver une maîtrise parfaite de soi-même devant l'éclosion de la folie chez un parent proche.

Parmi les groupes de déséquilibrés, un des plus intéressants à étudier est celui des paranoïaques. Les uns sont de véritables aliénés, en imminence de réactions pathologiques, mais qui se défendent longtemps contre l'internement à cause de leur logique apparente. Nous avons connu un de ces malades qui venait visiter dans une maison de santé une débile contaminée par lui, mais cette situation paradoxale ne dura pas longtemps et le groupe psychopathique, séparé un instant par une in-

(1) Janet. — La médecine psychologique. Flammarion, 1923. 182.

© BIU Santé

fluence étrangère, fut vite reconstitué. L'inverse est plus fréquent, mais dans l'un et l'autre cas, seul le régime de l'internement permet un isolement efficace et la protection de l'élément passif.

Les « petits paranoïaques », dont Genil-Perrin a tracé le portrait clinique dans un numéro de *La Médecine* de ces dernières années, sont bien plus nombreux dans les familles de malades mentaux : l'orgueil, l'égocentrisme, les dominent, ils rendent la vie difficile à l'entourage, mais leurs réactions ne dépassent pas les limites permises aux individus affligés d'un « mauvais caractère ». Ce sont eux, bien plus que les parents normaux, qui abandonnent leurs malades, souvent pour cette raison « que la tare de la folie » jette le discrédit sur leur famille.

D'autres fois, au contraire, ils les entourent de soins tout en leur faisant subir le contre-coup de leur mauvaise humeur : la tendance à la méfiance se réveille à chaque nouveau heurt contre une situation à laquelle ils ne peuvent rien « la maladie traîne en longueur à cause de « l'insuffisance du traitement... le délire est le résultat « de la maladresse ou du mauvais vouloir de l'entourage». La répétition de ces craintes, même devant le malade, les interrogatoires maladroits d'infirmière en présence de celui-ci, sont susceptibles de créer un délire de persécution épisodique, sur un fond d'anxiété par exemple. L'existence du caractère paranoïaque chez un seul membre de la famille est le plus grand obstacle à la continuite d'un traitement logique du malade qui sera tôt ou tard exposé à de nombreux changements de médecins et de maisons de santé.

Les questions d'argent ou d'intérêt matériel traitées sans ménagement devant le malade constitueront aussi un facteur d'aggravation de la psychose ; des délires de ruine n'ont souvent pas d'autre origine occasionnelle chez des mélancoliques. Ce sont surtout ces malades déprimés qui seront prédisposés à recueillir les impressions fâcheuses de l'entourage. Dans les autres psychoses, les interréactions vont varier suivant la forme des troubles mentaux.

***

Nous savons que l'émotivité familiale atteint ses sommets extrêmes dans les psychoses aiguës. Alors que l'excité maniaque reste inaccessible et rebute l'entourage, le confus peut, dans les périodes de calme relatif, être atteint par quelques points ; si une visite est permise, les parents cherchent à se faire reconnaître au prix d'efforts répétés: leur image se mêle aux scènes oniriques, dont elle aggrave le caractère pénible. L'évolution des états confusionnels avec leurs alternatives de rechute et d'amélioration ramène sans cesse l'émotivité initiale sous la forme d'attente anxieuse, que la famille exprime en posant au médecin des questions répétées sur la durée de la maladie, sur son évolution précise. Les erreurs inévitables des réponses peuvent être une cause de méfiance qui persiste jusqu'à la fin de la convalescence.

Le persécuté halluciné ou interprétant incorpore souvent à son délire les parents qui n'ont rien compris à son état. Il les insulte ou les menace, facilitant ainsi sans s'en douter la besogne du médecin. Quand il se montre réticent, l'entourage peut croire à la guérison et se refuser à admettre la nécessité de la prudence. Enfin même dans les cas où la famille reconnaît la nature exacte de la psychose, il arrive qu'elle retienne certaines plaintes comme ayant une origine exacte ; elle interviendra par exemple pour faire changer une infirmière dont le seul tort est une surveillance attentive.

Le polymorphisme de la démence précoce entraîne des réactions de tout ordre de la collectivité familiale ; celle-ci est profondément troublée par les symptômes paradoxaux de cette maladie, comme la conservation partielle de l'intelligence, à quoi elle accroche ses espoirs. La variabilité du négativisme, la mobilité des manifestations affectives, les changements assez rapides de l'ensemble du tableau clinique, sont, au moins au début, la cause de difficultés pour le médecin, qui doit faire face aux réactions déclanchées dans le milieu familial.

Dans les démences proprement dites, l'affaiblissemen intellectuel global ou partiel est un fait patent, qui ne permet guère le doute aux familles. Leurs attitudes varient néanmoins suivant les formes de la démence. Les lacunaires, avec leur tristesse ou leurs rires immotivés, les déments séniles avec la conservation de leurs anciens souvenirs, entretiendront plus longtemps autour d'eux, l'affection familiale, dont ils ne profiteront guère. La démence totale de la paralysie générale, l'indifférence de ces malades, épuiseront dans un temps assez court la capacité sentimentale de leurs proches ; progressivement ils ne deviennent plus qu'une charge pénible et l'objet d'un devoir qui ne subsiste que dans les familles d'un moral élevé. C'est la mère qui reste le plus longtemps fidèle à son enfant, si déchu soit-il, alors que les autres membres de la famille oublient plus facilement.

***

La question des interréactions entre la famille, le psychopathe et le médecin mériterait un développement plus long. Nous avons surtout cité des exemples rencontrés dans la pratique qui permettront de proposer une conclusion.

Les seules difficultés sérieuses viennent des parents « petits paranoïaques ». Dans les autres cas, le médecin, dans l'intérêt de son malade, devra étendre son autorité morale sur l'ensemble de la collectivité. La famille qui vient nous trouver pour que nous donnions des soins à l'un des siens pourra ne pas se soumettre dès l'abord ; mais dans un temps assez proche, elle comprendra le danger de suivre ses propres inspirations et deviendra plus suggestible. En cure libre, comme dans la maison de santé ouverte, la patience et la connaissance exacte des malades apporteront la solution de bien des problèmes. Les deux principales causes des interréactions familiales, autour du psychopathe en traitement, l'émotivité et la suggestibilité, deviendront, pour qui sait les mettre en œuvre un adjuvant de la thérapeutique au lieu de continuer à lui faire obstacle.

Déclaration des maladies contagieuses. — Le *Journal officiel* du 20 janvier 1924 publie un décret modifiant les décrets du 10 février 1903 et du 28 septembre 1916 en ce qui concerne la liste des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires ou facultatives.

Première partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires : 1° la fièvre typhoïde ; 2° le typhus exanthématique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la rougeole ; 6° la diphtérie ; 7° la suette miliaire ; 8° le choléra et les maladies cholériformes ; 9° la peste ; 10° la fièvre jaune ; 11° la dysenterie ; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ; 13° la méningite cérébro-spinale épidémique ; 14° la poliomyélite antérieure aiguë ; 15° le trachôme ; 16 la fièvre ondulante.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative : A. tuberculose pulmonaire ; B. coqueluche ; C. grippe ; D. pneumonie et broncho-pneumonie ; E. érysipèle ; F. oreillons ; G. lèpre ; H. teigne.

© BIU Santé

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Leçons sur le forceps (1)

Par M. **DEMELIN**

NEUVIÈME LEÇON

Applications sur le sommet en O D T et O I G T ; sur le siège mode des fesses et sur la tête dernière.

Quand, dans la présentation du sommet, la tête est en transverse, c'est que, le plus souvent, la tête est défléchie, placée dans une attitude intermédiaire entre la flexion et la déflexion.

Il est classique, dans les transverses, d'appliquer le forceps, ou tout au moins d'essayer d'appliquer le forceps, soit à la façon habituelle, c'est-à-dire d'une oreille à l'autre et suivant le diamètre occipito-mentonnier, soit de façon irrégulière, c'est-à-dire en faisant une prise oblique, fronto ou temporo-mastoïdienne. La prise régulière est difficile. Il faut mettre la cuiller antérieure derrière la symphyse et la cuiller postérieure devant le sacrum. Or, il est difficile d'enfoncer cette dernière de façon suffisante ; et il en résulte un asynclitisme longitudinal très accentué, qui rend impossible l'articulation des forceps croisés et insuffisante la prise même dans les forceps convergents. Par ailleurs, la prise, est, en fait, toujours irrégulière car, du fait de la déflexion l'occiput est trop latéral pour être bien pris dans la cuiller et la prise, symétrique et biauriculaire, est verticale, sincipito cervicale bien plus qu'occipito-mentonnière. Pour ces raisons, la majorité des auteurs préfèrent la prise temporo-fronto-mastoïdienne, dans laquelle les cuillers peuvent être enfoncées suffisamment. Mais cette prise n'est pas sans danger, car la cuiller mastoïdienne menace le facial. Surtout, cette prise ne peut guère servir à corriger la déflexion, non plus que la prise bi-auriculaire verticale (ou sincipito-cervicale).

Or, c'est la déflexion qui est l'élément le plus mauvais de cette variété de position. C'est parce que la tête est défléchie que, dans les transverses, les rotations se font mal. C'est la déflexion qu'il faut corriger tout d'abord et l'idéal serait ensuite de pouvoir mettre la tête dans un diamètre oblique, puis de faire une prise régulière biauriculaire et occipito-mentonnière.

Pour ces raisons, j'ai recours à la technique suivante. Pour fléchir la tête, j'emploie une des branches de mon forceps comme levier. Je la glisse, munie de son lacs passé dans la jumelle antérieure, jusque derrière l'occiput. Je l'enfonce profondément. J'écarte de la ligne médiane l'extrémité postérieure du manche : le bec de la cuiller appuie ainsi sur la région sous-occipitale. Je tire horizontalement sur le lacs, parallèlement à la ligne médiane : le bec de la cuiller fait pression sur l'occiput et fléchit la tête.

Après avoir constaté, par le toucher, que la flexion est suffisante, je vais manuellement transformer la transverse en oblique. Pour ce faire, je glisse la main derrière la tête fœtale. J'appuie cette tête sur l'arc antérieur. De ce contact, résulte tout naturellement la rotation recherchée, car le front va être repoussé en arrière par l'arc antérieur.

J'espère que vous avez bien compris qu'il ne s'agit pas de prendre la tête entre le pouce, d'un côté, et les autres doigts, de l'autre côté, pour lui imprimer artificiellement un mouvement de rotation. Je me contente d'appuyer la tête sur l'arc antérieur, laissant cet arc repousser le front et faire ainsi la rotation.

La tête étant maintenant en oblique antérieure, rien n'est plus simple que de faire une prise correcte. La cuiller, qui a servi à faire la flexion est placée en arrière ; elle empêche la tête de revenir en transverse. La cuiller antérieure est mise en place et l'extraction est opérée comme il a été vu précédemment.

— Pour extraire un fœtus en présentation du siège mode des fesses, la meilleure technique est évidemment d'abaisser un pied, et de se servir du membre inférieur correspondant comme agent de traction. Cet abaissement est malheureusement impossible quand le siège est trop engagé. Pour extraire le fœtus, les classiques se servent alors soit du lacs, soit du forceps. J'emploie simultanément ces deux agents de traction, qui, à mon avis, se complètent, car le forceps est peu dangereux mais sujet à glisser ; et si le lacs ne glisse pas, il peut amener des lésions graves (fracture du fémur) quand les tractions, opérées par son intermédiaire, sont trop fortes et dirigées vers la cuisse fœtale. J'introduis donc un lacs dans l'aine antérieure. Je mets mon forceps sur le diamètre bi-trochantérien et je tire à la fois sur ces deux agents.

Quand la tête seule reste à extraire, j'emploie la manœuvre de Mauriceau. Celle-ci fléchit la tête et la fait tourner, mais reste quelquefois incapable de l'extraire. Dans ce cas, j'applique très simplement mon forceps comme dans une variété directe, au-dessous du tronc fœtal maintenu relevé par un aide. L'extraction est très aisée. J'estime, comme Budin, qu'il ne faut *jamais* entreprendre l'accouchement d'un fœtus en présentation du siège, sans avoir à côté de soi, *tout préparé*, son forceps, qui permettra une extraction facile de la tête dernière, alors que des tractions énergiques, opérées sur les épaules, pourraient amener des lésions graves du fœtus.

DIXIÈME LEÇON

Applications sur le sommet en O-sacrée. Application au détroit supérieur normal ou un peu rétréci. Application sur la face en oblique et transverse. Résumé des principales règles opératoires.

Les applications de forceps sur le sommet en occipito-sacrée sont toujours irrégulières parce que la tête est défléchie dans l'excavation. Les lacs sont mis dans les jumelles postérieures. Les cuillers sont appliquées de façon à ce que les manches soient dirigés très en bas. Malgré cette direction des manches, l'occiput étant très en arrière la prise est trop verticale, plus cervicale qu'occipito-mentonnière. La flexion préalable, qui serait si utile, est bien difficile à compléter. On doit commencer par la tenter.

On peut ensuite soit faire le dégagement en O.S., sans rotation, soit faire la grande rotation pour amener la tête en O-pubienne. Je n'aime pas le dégagement, en O.S., parce qu'il menace gravement le périnée et qu'il exige des efforts dangereux pour le fœtus si la tête est grosse ou le bassin un peu petit. Je ne le fais qu'après avoir essayé la grande rotation. Celle-ci est difficile parce que la tête est mal fléchie et la prise mauvaise. Il faut la tenter d'abord dans un sens, puis dans l'autre sens, avec la douceur sur laquelle nous avons déjà tant insisté. Elle est souvent possible.

Au détroit supérieur, il faut distinguer deux cas. Quand la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, l'extraction est considérée par la quasi-unanimité des accoucheurs actuels comme impossible sans mutilation grave du fœtus. Par contre, si la tête, sans être engagée, est déjà accommodée au détroit supérieur, fixée sur le diamètre favorable,

◆

(1) Voir *Progrès médical* nos 6, 20, 27 octobre ; 3, 17 novembre ; 22, 29 décembre 1923 et 12 janvier 1924.

© BIU Santé

l'extraction est considérée comme possible, à condition de faire une prise oblique fronto-mastoïdienne, surtout, ce qui est très délicat, de placer les cuillers sans mobiliser la tête, sans détruire l'accommodation, le modelage déjà obtenu.

Je suis tout à fait opposé à l'application de forceps *au-dessus* du détroit supérieur rétréci. Je la considère comme une intervention mauvaise, ne permettant le plus souvent que l'extraction très pénible d'un enfant mort, ou mourant dans les heures qui suivent. Il faut d'ailleurs bien dire que les cas sont rares où il faudrait intervenir de façon rapide alors que la tête est au détroit supérieur, le bassin suffisant, la dilatation complète et la version impossible, l'enfant étant vivant. Bien souvent, il suffit d'attendre et l'engagement se fait spontanément, si, je le répète, le bassin est de dimensions suffisantes. Si le bassin était trop étroit pour la tête, l'application de forceps ne serait qu'une basiotripsie déguisée, plus dangereuse pour la mère qu'une basiotripsie vraie.

J'ai très peu de choses à vous dire au sujet des applications de forceps sur la face en oblique et en transverse.

Au point de vue de l'introduction et de la mise en place des cuillers, il faut traiter les faces comme des sommets, par exemple une M.I.G.A. comme une O.I.G.A., une M.I.D.P., comme une O.I.D.P.. Mais deux points sont à retenir : Il faut avoir soin de bien maintenir la déflexion par le procédé indiqué, soit en mettant le doigt dans la bouche du fœtus et en appuyant de la pulpe sur la voûte palatine, d'où la nécessité d'être deux opérateurs si on emploie des lacs de longueur. Par ailleurs, il faut avoir soin de ramener en avant le menton avant toute traction. On risquerait un enclavement définitif, si la *flexion* de la tête résultait des tractions entreprises avec le forceps.

Résumé de la technique opératoire.

Le grand principe est de n'employer que le minimum de force possible dans les divers temps de l'application.

D'ailleurs, il y a les plus grands avantages à employer l'anesthésie. Opérer lentement.

Dans le temps d'introduction :

Tenir la cuiller à introduire, comme une plume à écrire. Placer première la branche qui, dans les positions obliques et transverses, doit, en fin de compte, entrer en rapport avec l'arc antérieur du bassin.

Insérer les lacs tracteurs dans les jumelles antérieures seulement, si la tête en est position antérieure et dans les jumelles postérieures, si elle est en postérieure.

Dans le temps d'articulation :

Serrer suffisamment fort la vis de maintien.

Dans le temps d'extraction :

Prendre garde que les lacs tracteurs ne contusionnent pas les tissus maternels de l'orifice vulvo-vaginal, surtout au moment de la rotation.

Employer des lacs de longueur.

Placer la parturiente dans l'attitude de Devraigne-Descomps, pour faire descendre la tête et pour la dégager.

Préférer l'attitude obstétricale classique pour exécuter les rotations (afin d'utiliser les contacts favorables entre l'arc antérieur du bassin et la saillie céphalique qui a pour destinée d'être refoulée en arrière, vers l'arc postérieur).

Il est toujours interdit d'exécuter la rotation en empoignant à pleine main la traverse d'articulation.

MÉDECINE SOCIALE

La prostitution doit aider la prophylaxie

Par G. SAINT-PAUL
Médecin-principal.

La lutte anti-vénérienne a rallié aujourd'hui et réuni en faisceaux quantité de suffrages éclairés et agissants. Le but est de porter la lumière sur le mal, d'enseigner exactement la nature et les conséquences du danger, d'armer contre le danger par la précaution. Des bonnes volontés, surgissant des points et des situations les plus divers, ont entrepris une sorte de croisade dont les résultats ne manquent et ne manqueront pas d'avoir beaucoup d'importance.

Sans examiner aujourd'hui, du point de vue de la critique impartiale, ce que les procédés de la lutte antivénérienne doivent vraisemblablement assurer de succès et aussi ce qu'ils peuvent réserver de mécomptes, je désire faire part à mes confrères d'une conception que, dès nov. 1922, j'ai relaté puis exposé à certains d'entre eux et qui peut se résumer ainsi :

Aider tous autres moyens de lutte antivénérienne,
— en installant la *précaution* là même où est le *danger*,
— en intéressant la *prostitution* à la précaution.

INSTALLATION DE LA PRÉCAUTION LA OÙ EST LE DANGER.

— La médecine militaire des différentes armées a, dans ces dernières années, mis pratiquement la prophylaxie à la portée du soldat par la création de *cabines prophylactiques* et par la dissémination de *nécessaires prophylactiques* gratuits ou d'un prix peu élevé.

Lorsqu'on lit les relations dues à certains médecins étrangers on est étonné du succès de la méthode, méthode que renforce parfois la punition disciplinaire infligée à tout soldat qui, atteint de maladie vénérienne, ne peut justifier de son passage à la cabine prophylactique à l'époque vraisemblable du contage.

Pour des raisons d'ordre psychologique dont l'examen nous entraînerait trop loin, il paraît peu vraisemblable d'escompter pareils succès dans les pays d'origine latine. Punir un malade froisse notre sentiment, et se soumettre à des prescriptions facultatives émanant de l'autorité est souvent, à l'estime du soldat, un effort, un surcroît de bonne volonté qu'il ne se sent nullement enclin à fournir. Parfois il lui répugne de dévoiler des intentions que son passage à la cabine révèle explicitement — ne fût-ce qu'à l'infirmier de la cabine ; mais surtout il lui arrive de quitter la caserne sans idée préconçue, étant d'espèce aventureuse, sensible à l'attirance des initiatives subites, des occurences et circonstances imprévues, par contre souvent glacé — contrairement à d'autres — à l'idée de la débauche préméditée, de l'horaire strictement établi à l'avance.

Or la cabine prophylactique est souvent fort éloignée du lieu où tentation — parfois libation et tentation — font surgir le désir de l'acte en même temps que s'offrent des possibilités d'accomplissement immédiat. A pareil moment l'idée de la cabine ne pèse pas lourd à l'esprit et faire des kilomètres pour se prémunir serait la quasi-certitude de manquer l'occasion et, par surcroît, le ridicule de s'être prémuni inutilement. Quant au retour au quartier il se fait au pas de gymnastique et la nécessité de ne pas manquer à l'appel ne laisse pas le temps d'aller à la cabine prophylactique prendre de tardives précautions (1).

(1) Accorder une « *prime de temps* » à celui qui fait usage de la cabine aurait sans doute plus d'inconvénients que d'avantages : le droit de sortir un quart d'heure plus tôt par exemple serait une incitation à l'acte sexuel, ce serait de plus — de même que le droit de rentrer un quart d'heure plus tard — une prime à la simulation de précautions.

© BIU Santé

D'autre part la cabine prophylactique n'assiste que le militaire alors que la maladie vénérienne se rit des distinctions du costume. On pourrait dire d'elle *que la garde qui veille aux barrières du Louvre*, etc.

C'est pour ces raisons qu'il me semblerait opportun de travailler à obtenir l'installation de la cabine prophylactique *dans la maison de tolérance même.*

On instruit les jeunes gens, tous les jeunes gens — même ceux qui ne le voudraient point — du mal vénérien et de sa prophylaxie. Pourquoi ne pas enseigner aussi ceux-là même à qui les maladies vénériennes occasionnent un préjudice matériel, c'est-à-dire les tenanciers et tenancières de maison — et les prostituées elles-mêmes.

On parle de punir; on punit en certains pays le vénérien qui ne s'est pas soumis à la précaution ; pourquoi ne punirait-on pas le tenancier dont une femme a communiqué une maladie vénérienne et la femme elle-même ?

Infliger une amende à la maison pour chaque cas de maladie contractée dans cette maison, pour chaque cas de femme évacuée sur le dispensaire ou sur l'hôpital pour maladie contractée à la maison, faire participer la femme malade à l'amende, serait une sanction qui ne paraîtrait peut-être pas exorbitante si elle allait de pair avec l'*obligation*, pour le tenancier, de tenir, *dans sa maison* une cabine prophylactique et de n'autoriser la *libre pratique* tant pour l'homme que pour la femme, que lorsque l'un et l'autre, après passage dans la cabine, seraient pourvus de l'*exeat* de l'infirmier, *exeat* impliquant qu'ils ne paraissent point atteints de maladie vénérienne et qu'ils se sont soumis aux lavages et onctions prophylactiques nécessaires.

Il n'est pas douteux qu'une pareille disposition coûterait argent et surveillance (et la surveillance elle-même implique des frais). Mais qui veut la fin veut les moyens et la bataille vénérienne serait trop facilement gagnée si elle n'exigeait que de sages paroles et des écrits judicieux. Le budget de bien des villes supporterait sans peine, semble-t-il les frais d'installation d'une cabine par maison et ceux plus élevés du fonctionnement d'une permanence prophylactique confiée à deux infirmiers compétents. Peut-être aussi dans les villes de garnison l'armée pourrait-elle faire assurer hors caserne le fonctionnement de cabines à l'usage des militaires comme elle le fait déjà à la caserne.

Il va sans dire que l'accès de la cabine ne devrait pas être exclusivement réservé au client de la maison mais qu'il devrait être autorisé, moyennant rétribution, à quiconque sans pénétrer dans la maison proprement dite, désirerait toutefois bénéficier de son cabinet prophylactique. Et il faut encore ajouter que tenanciers comme infirmiers seraient astreints au *secret* afin que le client de la maison, de même que le passant, n'aient point à redouter que leur passage à la cabine soit révélé, encore moins que soient colportés des renseignements sur leurs particularités anatomiques.

Comment espérer le succès de quelque cabine prophylactique que ce soit et où que soit située cette cabine, si semblable discrétion — discrétion élémentaire — n'est pas formellement assurée ?

Mais la maison n'est point ce qui offre le plus de danger ; c'est elle qui, au contraire, en offre le moins. Fréquenter la maison publique se heurte à des répugnances. Comment donner à ceux qui risquent le contact avec la prostitution autorisée ou clandestine de la rue, c'est-à-dire à ceux qui risquent le plus, le moyen de se précautionner ?

D'abord, nous l'avons dit, la cabine de la maison devrait être ouverte à quiconque, et, dans cette cabine de la maison, le passant en quête d'aventures trouverait matériel et personnel nécessaires à la prophylaxie, ainsi que la possibilité d'acheter des nécessaires. Toutefois outre que l'entrée dans la maison paraîtrait désagréable à beaucoup, il peut exister, il existe dans les grandes villes, des foyers de prostitution — vulgaire ou élégante — trop éloignés d'une maison pour que du seul fait de cet éloignement, le recours à la cabine prophylactique de la maison ne soit pas généralement négligé.

Etant donné le progrès de la croisade antivénérienne, je crois que nos mœurs, bon gré mal gré, devront s'accommoder de l'installation de cabines individualisées, établies discrètement dans les lieux d'accouplement c'est-à-dire en des coins judicieusement choisis de certains quartiers ; — cabines aptes à satisfaire les différentes catégories de « consommateurs » selon leurs goûts, c'est-à-dire selon leurs bourses ; je veux dire que le degré de confort de la cabine — et les prix — devront être en rapport avec la condition des habitués du quartier.

Mais la plus modique comporterait le matériel et les ingrédients indispensables ; il s'y trouverait l'infirmier professionnel, rompu à la pratique de la prophylaxie et à l'observance de l'asepsie, infirmier apte à renseigner et à conseiller, détenteur non seulement d'un stock de tracts gratuits mais encore de nécessaires, de brochures... qu'il pourrait remettre contre paiement au client en même temps que, sur les murs, des consignes, prescriptions écrites, dessins anatomiques, etc. affichés, inciteraient celui-ci à connaître ou à se remémorer les dangers auxquels il s'expose, les précautions à prendre pour tenter d'y parer.

Un jour viendra peut-être où les établissements à l'usage du public, les grands hôtels, par exemple, auront à l'instar des casernes, des cabines prophylactiques discrètement installés.

Intéresser la prostitution à la précaution.

Comment intéresser tenanciers et professionnelles à la précaution ?

On peut le faire — je l'ai dit et ne reviens pas sur ce point — en usant de sanctions. Ceci nécessite une surveillance technique active, agissante, bien rémunérée.

Mais on peut aussi et en même temps intéresser la prostitution à la précaution, s'en faire une auxiliaire dans le combat prophylactique en sollicitant son intérêt matériel, *son intérêt pécuniaire.*

Sanctions et bénéfices doivent, les uns et les autres, exercer sur le tenancier et sur la professionnelle des influences bienfaisantes. Le tenancier d'une maison disposant d'une cabine prophylactique bien agencée et fonctionnant bien, s'apercevra que pareille installation, d'une part le préserve de déficits causés par les maladies vénériennes, des amendes qu'il serait de règle de lui infliger pour tous cas de maladies vénériennes contractés ou éclos dans sa maison, d'autre part qu'en renforçant la sécurité de la maison, la cabine lui acquiert des chances de voir grossir sa clientèle. Inexistence de cabine, inobservance des réglementations prophylactiques lui vaudraient par contre, jusqu'à résipiscence, la fermeture de sa maison. D'autre part la vente à tarif fixé de livres, de brochures, de nécessaires, etc, devrait lui être permise et lui laisser un bénéfice prévu. On peut même se demander si la dissémination de séries pornographiques ne pourrait pas être tolérée par la police, *en certains lieux du moins*, et à condition qu'elles comportent toujours un *enseignement prophylactique*, Si l'on ne peut empêcher des lascivités de se repaître du nu, pourquoi, *en certains lieux du moins*, ne pas tolérer le nu, même si, risquant d'être lascif, il révèle du moins et de façon certaine, l'existence du danger et l'enseignement de la précaution ?

Mêmes sanctions, mêmes bénéfices à l'usage de la professionnelle hors maison. Les sanctions c'est l'amende en cas de maladie vénérienne, le retrait temporaire de la carte aussi bien à la professionnelle qui *ignore* la prophylaxie, qu'à celle qui ne dispose pas de l'attirail en bon état et des ingrédients prophylactiques nécessaires à l'un et à l'autre sexe : le bénéfice, c'est l'autorisation de vendre avec bénéfice, nécessaires, ouvrages, brochures, tracts, gravures, dessins prophylactiques.

Le dressage antivénérien ne se fera que lentement par l'effet des circulaires, exposés, discours, théories et prédications, toutes manifestations dont certaines sont excellentes, mais dont l'austérité scientifique ou administrative de beaucoup d'autres rebute un nombre considérable de jeunes gens d'espèce insouciante et quelque peu frondeuse

© BIU Santé

Il ne faut pas, de façon absolue, remplacer la parole par l'action, mais il faut que l'action renforce l'effet des paroles et même prenne le premier rang parmi les moyens offensifs.

En installant la précaution là où est le risque, en inaugurant cette *propagande d'acte* qui atteint ceux qui risquent, au moment même du risque, on procédera à une éducation *pratique* qui, entre autres avantages, aura celui de n'atteindre que les non abstinents et de ne pas troubler, de ne pas inciter les abstinents, de ne pas risquer de transformer ces abstinents en non abstinents.

La manœuvre prophylactique doit être faite là où est le danger, la précaution prise dans le lieu de consommation, ainsi se fera le dressage prophylactique, dressage dont le but est que non seulement quiconque demande de l'amour de rencontre mais la professionnelle elle-même en viennent à réclamer du partenaire la précaution et les moyens de prendre cette précaution.

Pour réaliser semblable évolution, il faut évidemment que la prostitution — la prostitution elle-même — aide à la prophylaxie.

Je ne prétends pas que les moyens indiqués dans ces quelques pages soient les meilleurs pour y parvenir ni même qu'ils soient bons. Je crois toutefois que tout esprit réfléchi admettra que la prophylaxie doit pénétrer la prostitution et aussi que, pour agir sur des créatures humaines, il est, en général, peu de meilleures méthodes que d'appâter leur intérêt — intérêt dont *le gain* d'une part, la *sanction* d'autre part, ne peuvent pas manquer — à condition de les employer parallèlement — de constituer les leviers tout puissants (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1924.

Sur un nouveau mode de drainage des abcès du cerveau. — M. le professeur ***E.-J. Moure*** (de Bordeaux) appelle l'attention de ses collègues sur les difficultés que l'on a lorsqu'un abcès du cerveau a été diagnostiqué et ouvert, d'en assurer le drainage.

Tous les auteurs sont, en effet, unanimes à s'ingénier pour trouver le moyen de laisser le pus s'écouler spontanément au dehors et d'éviter la rétention, malheureusement si fréquente en pareil cas.

Ayant eu récemment l'occasion de soigner une jeune fille de vingt-cinq ans, porteur d'une récidive d'abcès cérébral qu'il avait opérée une première fois il y a trois ans et qui avait paru guérie, se trouvant aux prises avec les mêmes difficultés que la première fois, M. Moure a eu l'idée de faire construire deux valves parallèles, ayant environ 8 millimètres de largeur, destinées à être placées dans la cavité de l'abcès. Ces deux valves sont maintenues écartées à l'aide d'un ressort assez doux, mais toutefois suffisant pour maintenir éloignées les parois de la cavité suppurante ; de cette façon, il a pu obtenir un drainage parfait et guérir rapidement sa malade.

La longueur des valves a été raccourcie à mesure que la poche se rétrécissait et diminuait de volume.

Il croit utile de signaler à ses confrères ce procédé qui pourrait naturellement être modifié à l'occasion, suivant l'importance de la cavité à drainer.

On évite ainsi l'accolement des parois et la formation de stratum fibrineux qui cloisonne l'intérieur des abcès cérébraux et augmente encore les difficultés du drainage.

M. Moure présente une série de radiographies montrant l'instrument en place, et aussi les instruments dont il s'est servi.

L'insuline dans le traitement du diabète. — M. ***Marcel Labbé*** a d'abord établi que l'insuline n'est pas un remède pour diabètes bénins, mais bien pour diabètes graves et notamment pour ceux que compliquent l'acidose et sa menace de coma.

M. Labbé a étudié l'influence et le mode d'action du nouveau médicament sur l'utilisation par l'organisme de trois sortes d'aliments hydrocarbonés, aliments azotés et sucrés, et il a montré de façon très frappante le mécanisme de cet agent en même temps qu'il fixe les règles de son emploi.

M. Labbé apporte de nouveaux faits relatifs à l'emploi de ce médicament. Il rapporte plusieurs observations qui semblent bien probantes, dans lesquelles l'injection d'insuline a fait tomber brusquement le taux de l'acidose et a agi de même d'une façon extrêmement rapide dans des cas de coma diabétique.

Election d'un membre titulaire dans la section des sciences biologiques.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Regaud, en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Camus, Antony et Laffitte. Après un premier tour de scrutin, il y a eu ballottage. Au second tour, le nombre des votants étant de 84, majorité 43, M. Regaud atteint 43 suffrages, M. Camus, 39 et M. Antony, 2.

En conséquence M. Regaud est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1924.

M. ***Mauclaire***, président sortant, passe la présidence à M. ***Souligoux***, élu président pour l'année 1924.

Invagination de l'intestin grêle provoquée par tumeur pédiculée. — M. *Gosset* fait un rapport sur une observation de MM. Desplats et Flandrin concernant un cas d'occlusion subaiguë due à une invagination de l'intestin grêle. L'intervention montra que cette invagination avait été provoquée par la présence d'une tumeur pédiculée, que l'examen histologique ultérieur a montrée être une tumeur bénigne (fibromyxome). La résection de la portion invaginée suivie de suture latérolatérale amena la guérison.

Pancréatite hémorragique. — M. *Gosset* rapporte une seconde observation de MM. Desplats et Hébrard concernant un cas de pancréatite hémorragique. Les symptômes étaient assez nets pour que le diagnostic ait été nettement posé avant l'intervention. MM. D. et H. trouvèrent l'arrière-cavité déjà infiltrée — et un petit foyer pancréatique qu'ils drainèrent. Une exploration rapide de la vésicule montre qu'elle contient des calculs. L'état de la malade, très grave, s'améliora rapidement et quelque temps après on put intervenir à nouveau pour la débarrasser de sa vésicule biliaire qui contenait 140 calculs de cholestérine.

Ce qui est à remarquer surtout, c'est l'absence complète de stéatonécrose. Ce fait, déjà signalée, dans quelques observations, paraît appartenir aux cas les plus graves, à ceux qui donnent la plus grande mortalité.

Trois cents cas de cholécystectomie. — M. *Gosset* rapporte une communication de M. Molimer (de Santiago du Chili) concernant sa statistique personnelle d'interventions sur les voies biliaires, dont le total s'élève à 300 — les opérations sur le foie paraissant plus fréquentes au Chili que sous nos climats. La mortalité est de 8 %. L'auteur emploie le plus habituellement la cholécystectomie rétrograde.

Fragment osseux intra-péritonéal. — M. *Ombredanne* rapporte une curieuse observation de M. Ducanos (Grèce) concernant un homme de 38 ans qui, souffrant déjà depuis 20 ans du ventre,

(1) Reproduction autorisée sous réserve d'indiquer que l'article est extrait du *Progrès médical* du n° 5, du 3 février 1924.

© BIU Santé

avec crises passagères d'occlusion, entre à l'hôpital à l'occasion d'une nouvelle crise, avec ballonnement, mais sans vomissements. La laparotomie est pratiquée, montre une grosse bride qui rétrécit une anse grêle. Après section de cette bride et enfouissement d'un point de l'anse qui paraît en voie de sphacèle — on suit la bride vers son point d'implantation et à son extrémité on trouve une volumineuse pièce osseuse ayant l'apparence d'un fragment de maxillaire inférieur. S'agit-il d'un os dégluti et ayant traversé la paroi intestinale sans provoquer d'accidents ? C'est difficile à croire étant donné le volume de cet os — ou d'un os développé dans un kyste dermoïde rompu et qu'on n'a pas retrouvé ? — ou encore d'une néoformation osseuse ? C'est cette dernière hypothèse qui paraît la plus probable.

Rétraction ischémique de Volkmann. — M. ***Mouchet*** rapporte un cas de rétraction ischémique observé et communiqué par M. Deviller. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait eu le bras gauche comprimé entre les deux rouleaux d'une machine. Il s'était produit un volumineux hématome qu'on dut évacuer. On mit un pansement ouaté très peu serré. Au bout de trois semaines de massages, les 4e et 5e doigts commencèrent à se mouvoir difficilement et se fléchirent peu à peu. Une extension continue élastique améliora la malade mais elle ne put la supporter longtemps. Un traitement par bains et tractions élastiques passagères amena peu à peu la guérison.

Ce cas est intéressant surtout par l'absence de fracture et par le siège de la compression au bras — compression surtout produite par l'hématome. Le système sympathique paraissait troublé chez cette blessée qui avait de l'hyperhydrose des mains violacées et froides.

Traitement du cancer du rectum (*suite*). — M. ***Savariaud*** résume la discussion à laquelle a donné lieu son observation. Il ne se déclare pas convaincu par les partisans de l'extirpation périnéo-abdominale, malgré que, d'après Okinczyc ceux-ci soient de plus en plus nombreux. Cependant la mortalité avec cette méthode reste très élevée et il semble que M. Hartmann lui-même ait tendance à l'abandonner. Lorsque l'appareil sphinctérien est intact, pourquoi ne pas le respecter ?

En réalité, il n'est pas démontré que l'opération combinée donne des résultats très supérieurs à ceux de l'opération par la voie basse, laquelle est relativement bénigne. Aussi maintient-il ses conclusions premières et pense que la grande majorité des cancers du rectum est justiciable de la voie coccypérinéale. Si le cancer s'étend très haut il faut opérer par en haut mais ce temps abdominal doit être limité au minimum. Dans tous les cas où cela est possible il faut conserver le sphincter.

A propos de la rachianesthésie (*suite*). — M. ***J.-L. Faure*** s'étonne de voir rechercher constamment des procédés nouveaux d'anesthésies. N'a-t-on pas conseillé récemment en Amérique de faire des hystérectomies à l'anesthésie locale ? Les partisans de l'anesthésie générale font figures de retardataires. Est-ce donc le sommeil qu'on veut incriminer ? ce bienfaisant et précieux sommeil qui a permis tous les progrès de la chirurgie. Le seul argument valable, c'est la gravité de l'anesthésie générale. En vérité celle-ci paraît être très exagérée. Les accidents tardifs sont souvent mis au compte de l'anesthésie mais ceci est loin d'être démontré même dans les opérations sur l'estomac. Témoin, qui est un des hommes qui ont opéré le plus d'estomacs, endort toujours ses malades au chloroforme et il a des résultats excellents.

Beaucoup des accidents pulmonaires attribués à l'éther sont dus à des embolies pulmonaires, lesquelles sont plus fréquentes qu'on le croit.

Restent les accidents immédiats. Ceux-là sont indéniables. Mais les évite-t-on certainement avec les autres modes d'anesthésie ? Non. D'ailleurs si le chloroforme est vraiment dangereux, l'éther l'est beaucoup moins.

Le protoxyde d'azote paraît dangereux et M. F. lui préfère le chlorure d'éthyle. Les mélanges et en particulier le mélange de Schleich dont il se sert depuis 17 ans, lui ont donné entière satisfaction. Sur 10000 anesthésies environ, il n'a pas eu un seul accident mortel attribuable à l'anesthésique.

Ce n'est pas dire qu'il faille abandonner la rachianesthésie. C'est une méthode qui a ses dangers mais aussi ses avantages, pour les fractures des membres inférieurs — par ce qu'elle permet de supprimer un aide.

Quant à l'anesthésie des splanchniques elle lui a paru donner des résultats insuffisants et peu satisfaisants.

Présentation de malades. — M. ***Alglave*** présente une blessée atteinte, voici deux ans, de fracture bi-malléolaire a grand déplacement qu'il a traitée par ostéosynthèse et chez laquelle le résultat fonctionnel est excellent — et deux blessés traités par la réduction suivie d'appareillage plâtré, avec des résultats déplorables.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 décembre 1923.

Traitement chirurgical des perforations gastriques. — M. ***Victor Pauchet***. — Sur 30 opérations pour perforations gastro-duodénales, M. Pauchet a rencontré 23 perforations duodénales et 7 perforations gastriques.

On reconnaît la perforation duodénale :

a) A ce qu'elle est située à droite de la ligne médiane, car la perforation siège toujours sur la première portion du duodénum ;

b) Aux caractères du liquide ;

c) Au voisinage de la vésicule ;

d) A l'aspect spécial de la muqueuse duodénale et de la face droite du pylore ;

e) A ce que le malade suturé et gastro-entérostomisé guérit définitivement, tandis que les perforations gastriques nécessitent généralement une retouche ultérieure.

La mortalité des perforations en général est peu élevée : 5 morts sur 30, si on opère dans les vingt-quatre et surtout dans les douze premières heures.

L'opération consiste en ceci : anesthésie locale, complétée ou non par quelques bouffées de kélène au moment des manœuvres sur le péritoine. Incision en L, si le duodénum est perforé. Excision des bords de la perforation, ce qui ne constitue pas une résection, mais facilite la suture. Si la perforation duodénale est très grande, s'il faut pratiquer la section complète de l'intestin, fermer en cul-de-sac son bout terminal et implanter le bout pylorique dans le jéjunum, la G-E sera antérieure et complétée par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

En cas de lésion gastrique, se contenter de suturer, sans faire une G-E. La gastrectomie secondaire s'impose dans la majorité des cas. S'il s'agit d'une ulcère calleux et que l'épaississement des parois empêche de suturer, il faut pratiquer une gastrectomie économique. Faire l'ablation simple de la région malade sans chercher à pratiquer une opération étendue.

A propos de la communication de M. P. Delbet sur les luxations des métatarsiens. — M. ***Péraire*** rapporte qu'en 1899 il a fait paraître avec le Dr Molly, dans la *Revue de Chirurgie*, un mémoire ayant trait à *la luxation et à la subluxation des têtes métatarsiennes*, nettement constatées par la radiographie. L'ablation des têtes métatarsiennes leur a toujours suffi pour guérir en quelques jours des malades souffrant et boitant quelquefois depuis fort longtemps.

M. ***Rœderer***, à propos des ostéosarcomes juxta-épiphysaires, émet des doutes sur la certitude que peut apporter la radiographie. Notamment entre certains kystes osseux d'allure anormale et certains ostéosarcomes la discrimination a été parfois fort difficile.

M. ***Barbarin*** pense qu'en tous cas, des radiographies succes-

© BIU Santé

sives au cours de l'évolution permettent de faire un diagnostic entre les tumeurs blanches et les ostéosarcomes.

Sarcome primitif fuso-cellulaire de la paroi gastrique postérieure. — ***G. Léo.*** — Par son siège, par sa formule histologique, par sa symptomatologie fruste, par son erreur de diagnostic (tous les auteurs ont fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, de kyste du mésentère ou de tumeur de la rate), par la durée de son évolution maligne, cette observation rentre dans le cadre des faits connus.

Mais par son volume exceptionnel (dix kilogs et un mètre de pourtour dans son grand axe), par ses adhérences mésocoliques, hépatiques, diaphragmatiques, par sa généralisation au péritoine pariétal, par son traitement, qui comporta une colectomie du transverse en même temps qu'une large résection gastrique, ce cas se différencie des 238 cas publiés antérieurement, dont 117 furent opérés, et les autres constatés à l'autopsie seulement.

Sarcome globo-cellulaire de la gaine des fléchisseurs du médius droit. — M. ***G. Léo.*** — L'observation de l'auteur est remarquable par : 1° la rareté de la variété histologique (12 cas seulement connus de cette variété globo-cellulaire de sarcome des gaines tendineuses, et seulement 2 cas connus avec localisation aux doigts) ; 2° par la technique opératoire spéciale, qui permit de supprimer le doigt malade avec ses muscles de flexion sectionnés à l'avant-bras, sans aucun trouble pour les doigts restants, ni pour la main ; et enfin 3° par les suites opératoires éloignées, puisque l'opérée reste guérie sans récidive depuis quatre ans et demi.

M. ***Henri Douriez*** (Abbeville) relate une observation de kyste tordu de l'ovaire *gauche* qui, localisé dans la fosse iliaque *droite*, aurait pu, par son siège et tels de ses symptômes, prêter à confusion avec un phlegmon appendiculaire.

Kyste palatin sans lésion dentaire apparente ni déformation de la fosse canine. — Dr ***Liébault.*** — Observation intéressante par ce fait que le kyste, qui a généralement une évolution vers la fosse canine ou le sinus maxillaire, s'était développé vers la voûte palatine. L'intervention et l'extirpation de la poche ont été faites par la fosse canine qui permet un abord plus facile de la tumeur et une cicatrisation plus rapide. La dent peu altérée a pu être conservée.

M. ***Brodier*** rapporte l'observation d'une monoarthrite blennorragique aiguë du genou droit terminée par une arthrite plastique ankylosante remontant à 1916. Le traitement par les massages, bains de lumière, électricité, a réalisé en 1923 une flexion légère du genou qui va s'accentuant. Malheureusement les radiographes ne sont pas d'accord sur l'interprétation de l'épreuve radiographique, adhérences simplement fibreuses ou adhérences osseuses, ce qui est important pour le traitement chirurgical : mobilisation du genou ou arthrotomie avec résection des adhérences.

COURS DE STOMATOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Par M. le Docteur **FREY,**
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté

Carie pénétrante (pulpe mortifiée)

Ce stade de la carie représente une entité clinique

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : *Pulpe* { *a) putrilagineuse* / *b)* auto-digérée.

Ivoire { plus ou moins infecté et lacunaire (Rœmer) ; / élargissement des canaux ;

(dents molles) { coloration { théorie classique ; / théorie de Buckley ; / utilité des antiseptiques diffusibles (Percy Howe, Cavalié) ;

(dents à tissu compact) { peu ou pas de coloration anormale ; / infection { ou limitée ; / ou irrégulièrement irépartie ;

Apex { élargi. Pénétration des fibres ligamenteuses ; / delta apical.

PATHOGÉNIE de la mortification pulpaire (voir 3e) ;
de la putréfaction par les anaérobies et les aérobies ;
Bactérium termo (Leuwenhoek). Travaux de Miller sur la bactériologie de la pulpe et les ptomaïnes de putréfaction. Travail de Monnier.
Le streptococcus viridans.
Le streptocoque hémolytique.

SYMPTOMES. Absence DANGEREUSE de signes fonctionnels :

Signes physiques { Inspection ; / Cathétérisme : danger d'inoculation { par piqûre de l'apex : / par refoulement septique. / Agents chimiques, thermiques : action nulle.

Signes généraux : Il se peut que quelques-uns se manifestent par septicité bucco-dentaire.

MARCHE. Destruction de la dent ;
Fréquence et importance des complications.

PRONOSTIC. Sérieux.

TRAITEMENT POUR LE MÉDECIN : Eviter le vase clos ;
Eviter les inoculations septiques ;
Antisepsie buccale.

© BIU Santé

L'arthrite alvéolo-dentaire complication initiale et dominante de la carie pénétrante (pulpe mortifiée).

SYNONYMIE. Périostite alvéolo-dentaire. Périodontite. Péricémentite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- I. A. Subaiguë : pas de propagation de voisinage ; remarque de Mendel Joseph sur certains germes comme le subtilis.
- II. A. aiguë simple : *l'égression* (pseudo-allongement de la dent) ; propagation congestive de voisinage.
- III. A. suppurée : stade plus avancé de l'arthrite aiguë. Petits abcès intraligamentaires ; lésions de voisinage (cément, alvéole, gencive).
- IV. A. chronique : d'emblée ou consécutive à l'arthrite aiguë ou suppurée ; localisation à l'apex (sauf cas de canaux aberrants d'Aguilhon de Sarrar) ; description de l'espace apical et des lésions de l'apex.

SYMPTOMES.

A. *subaiguë et aigue* :

Signes fonctionnels : spontanés (*gêne, tension, douleur*, recrudescence nocturne) ; à la mastication.

Signes physiques : inspection ; percussion (selon les différents axes de la dent) ; palpation ; agents thermiques (douleur au chaud et au froid).

A. *suppurée* :
- soulagement par le chaud et soulagement plus ou moins complet quand le pus s'écoule ;
- suintement purulent : intra-dentaire ; juxta-dentaire ;
- radiographie.

A. *chronique* :

Signes fonctionnels : peuvent être nuls ;

Signes physiques : palpation apicale ; percussion (choc apexien quelquefois) ; radiographie.

Signes généraux : manquent très souvent mais il faut être averti des :

1° *Infections focales* (*tropisme microbien*) voir 1re leçon ;

2° *Intoxications viscérales* chroniques par les « cytost », substances toxiques intracellulaires libérées par la désintégration des cellules dans les suppurations chroniques.

Complications de l'arthrite du 4° de la carie

La complication capitale est l'*infection osseuse* avec ses conséquences ; nous décrirons à part, cependant, d'autres complications (fluxion, fistules, etc.), car très fréquemment la clinique nous les présente isolées.

I. FLUXION. — *Définition* : cellulite au voisinage d'une arthrite alvéolo-dentaire : aiguë ou suppurée ou chronique dans sa poussée aiguë.

Anatomie pathologique : nous retrouvons ici les 4 premières formes de l'inflammation d'après les propriétés de l'exsudat (Chantemesse et Podwyssotski : les processus généraux).
1° Inflammations séreuses ;
2° Inflammations fibrineuses ;
3° Inflammations purulentes ;
4° Inflammations hémorragiques.

Influence d'une part de la virulence, d'autre part de la laxité du tissu cellulaire.

Symptômes physiques — Inspection : vestibule buccal, gencives, lèvres, joues, paupières, narines, menton, plancher buccal ; *fluxion sublinguale*, son intérêt primordial (Jacques Frey), comme symptôme de début d'une angine de Ludwig.

Palpation : quand simple œdème (exsudat de sérosité) ; quand infiltration fibrineuse ; quand inflammation plus ou moins purulente et hémorragique.

Symptômes fonctionnels : gêne, douleur.
généraux :

Marche. — La fluxion peut varier dans sa marche de la simple résorption au phlegmon gangréneux (cellulite hypertoxique de l'angine de Ludwig).

Diagnostic. — I. Est-elle la manifestation extérieure d'une inflammation osseuse alvéolaire ou basilaire ?

II. Dacryocystite.

III. Erysipèle de la face.

II. ABCÈS par *ostéite alvéolaire* ;
ostéite basilaire (*ostéo-phlegmon de Sébileau*).

Anatomie pathologique :
1er *stade* : monoarthrite alvéolo-dentaire, généralement apicale ;
2e *stade* : ostéite alvéolaire suppurée ;
3e *stade* : ostéite basilaire ;
4e *stade* : périmandibulite phlegmoneuse.

A) *Stade alvéolaire* : abcès gingival, vestibulaire, palatin, gingivo-palatin ; vestibulo-cutané, *sublingual* ;
stade relativement bénin pouvant aboutir à nécrose alvéolaire seulement.

© BIU Santé

B) *Stade basilaire* : plus grave. — *Nota* : pour le maxillaire supérieur nous en verrons les conséquences aux complications sinusiennes, orbitaires, etc...

pour le maxillaire inférieur : a) *foyer d'ostéite*, (séquestre possible, selon la virulence et le terrain, en particulier terrain tuberculeux et syphilitique).
b) *abcès sous-périosté* puis périmandibulite phlegmoneuse plus ou moins étendue :
1° face exerne du maxillaire inférieur (au-dessus du bord inférieur) ;
2° face interne du maxillaire inférieur (au-dessus du bord inférieur) venant bomber { dans région sus-hyoïdienne ; dans région sous-maxillaire ; dans région sous-angulo-maxillaire.
3° bord inférieur du maxillaire inférieur (tuméfaction franchement cervicale) ;
4° face interne branche montante (carie de dent de sagesse inférieure).

Symptômes.

A) Ostéo-alvéolaires { signes physiques ; signes fonctionnels ; marche, évacuation du pus par : dent, pérident et gencives, vestibule, palais, plancher, peau rarement ;

B) périmandibulite
1° face externe { Signes physiques { gonflement faisant corps avec l'os, jamais de fluctuation au début, sillon gingivo-jugal effacé ; Signes fonctionnels { douleur spontanées à la pression. Trismus. Marche : Evacuation du pus à l'extérieur.
2° face interne { signes physiques { tuméfaction faisant corps avec l'os : sillon gingivo-lingual libre à peu près ; sillon séparant l'empâtement et le bord inférieur du maxillaire. Signe fonctionnel : dysphagie plus ou moins. Marche { Evacuation dans la bouche généralement, souvent guérison plus lente.
3° bord inférieur { saillie cervicale, faisant corps avec l'os contrairement à l'adénophlegmon. Trismus. Evacuation du pus à l'extérieur.
4° branche montante { dysphagie, trismus, douleurs maxillo-pharyngo-linguales refoulement amygdalien.

Dans toutes ces formes, après l'ouverture, le stylet perçoit la dénudation osseuse.

Complications
focales { Fistules (très fréquentes et persistant jusqu'après l'avulsion de la dent et la réparation osseuse). Myosite ; arthirite temporo-maxillaire ; *sinusite. Phlegmon orbitaire.* *Nécrose. Fractures.* *Ostéo-nécrose diffuse du massif facial* avec atrophie papillaire.
générales { Cellulites diffuses. Phlébo-phlegmons (Sébileau (voir 1re leçon). Septicémie.

Diagnostic
1° La dent et l'os sont, en général, peu riches en lymphatiques, quand y a-t-il adéno-phlegmon ? quand y a-t-il ostéo-phlegmon ?
2° Dans les cas de nécrose alvéolaire étendue, diagnostic avec *chancre primitif de la gencive* ;
3° Avec *kystes radiculaires abcédés* ;
4° Avec sublingualite et sous-maxillite ;
5° Avec phlegmon thyro-glosso-épiglottique (langue et plancher relativement indemnes).
6° Avec phlegmon base langue (localisation plus en arrière, otalgie réflexe).

Quand il y a *nécrose* se rappeler que la nécrose propre à la *syphilis*, la *tuberculose*, l'intoxication phosphorée se fait en deux temps : d'abord lésions osseuses spéciliques, ensuite infection secondaire par le milieu buccal. C'est cette infection secondaire qui est responsable de l'étendue du séquestre.

III. Fistules. — *Buccales* (vesbiculaires, linguales, palatines).

Extra-buccales { dans une cavité naturelle { fosses nasales ; sinus maxillaire. orbite (canaux de Parinaud) cutanées (description du canal fibreux).

Début d'emblée oupar abcès.
Marche.

Diagnostic
différentiel : fistules { congénitales, face et cou. acquises (salivaires, lacrymales, actinomycosiques, osseuses, ganglionnaires, kystiques).
étiologique { l'examen clinique et la radiographie permettent de reconnaitre la dent qui est la cause de la fistule.

V. Hypercémentose. Ses différentes variétés. Difficultés d'extraction.

V. Adénites et adéno-phlegmons. Il *faut que la muqueuse ait été infectée* :
{ adénites sous-maxillaires / adénites géniennes } (3 groupes de ganglions pour les sous-maxillaires et également pour les géniennes).

Forme aiguë (*adéno-phlegmons*).
Forme chronique.

D'après Mendel (Joseph), la participation des ganglions dans les cas d'infection tuberculeuse par la voie dentaire est fréquente, mais irrégulière.

Diagnostic : ostéo-phlegmon.
{ Dans l'adéno-phlegmon, tuméfaction franchement cervicale, ne fait pas corps avec l'os dont elle est séparée par un sillon ; trismus à peine marqué ; sillon labio ou jugo-gingival libre ; plancher buccal assez souple après l'ouverture pas de contact osseux avec le stylet.

VI. Contracture musculaire. *Trismus.*

1° Nerveuse (réflexe, attitude antalgique).
2° Inflammatoire.
2° Mixte.

© BIU Santé

ACTUALITES

A propos du Précis de Dermatologie

de M. J. DARIER (1).

La troisième édition de ce livre, qui connut dès la première une si rapide diffusion en France et à l'étranger, est le couronnement de toute une vie scientifique qui est l'illustration de ce que donnent, chez le même savant, l'association d'une culture générale et d'un art clinique consommé appuyé sur des connaissances histologiques approfondies.

Mais il montre, en outre, ce Précis, tout ce que la clarté gagne parfois, à la concision et toujours, aux images très choisies et bien reproduites. Sa lecture en est facile, agréable, je dis même attrayante, car l'attrait rayonne de la personnalité de l'auteur qui s'y retrouve à chaque page.

A une époque où tant de précis, de manuels, de traités, sont l'œuvre de plusieurs collaborateurs, on goûte une rare saveur à lire l'œuvre d'un seul auteur et tout particulièrement quand cet auteur a, comme M. Darier, édifié par ses travaux personnels jour par jour depuis des années, comme en témoignent les publications dermatologiques annexées à la fin du livre, la matière même dont il traite. Point de longueurs, de redites, tout y est à sa place, et au point, car tout a été critiqué, choisi, discerné, assimilé, et consacré par l'épreuve de l'expérience et du temps.

C'est aussi une belle œuvre : par ce goût si sûr qu'on se plaît à retrouver chez l'artiste qu'est ce maître en dermatologie ; et qui a voulu que la forme s'harmonisât avec le fond de son ouvrage.

Dès les premières pages, l'exposé du sujet apparaît dans un plan logique et facilement compréhensible réparti en vingt et un chapitres qui embrassent toute la morphologie des dermatoses depuis les érythèmes, les urticaires, les purpuras, les eczémas les dermatoses érythémato-squameuses, les érythrodermies, les papules et dermatoses papuleuses, les vésicules et dermatoses vésiculeuses, etc. ; jusqu'à la nosologie des dermatoses où l'on doit lire les intéressants chapitres concernant les dermatites artificielles, leur pathogénie, les conditions de nocivité, la prédisposition, où M. Darier éclaire l'exposé de l'anaphylaxie, de la sensibilisation, de l'idiosyncrasie, de même qu'il établit comme il convient les différences qui séparent l'anti-anaphylaxie de la désensibilisation. Il s'en suit, en conséquence, une très intéressante étude du mécanisme pathogénique des éruptions d'origine interne.

Il faudrait tout citer dans ce remarquable ouvrage, mais la place nous est comptée et cependant le chapitre de la tuberculose cutanée est traité de main de maître : les formes cliniques des tuberculides fournissent à l'auteur l'occasion d'un groupement très intéressant ;

(1) Troisième édition revue et augmentée, avec 211 figures dans le texte. Collection des Précis médicaux : Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1923.

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE
GASTRITES AIGUËS ET CHRONIQUES
ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Nouveau Pansement gastrique complet

SÉDATIF — DÉCONGESTIF — CICATRISANT

Echantillons : BERTHIOT & Cie, Pharmaciens de 1re classe
1, Boulevard HENRI IV, à PARIS (4e)
R. C. Seine 65.463

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 °/o, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

ANTISEPTIQUES GRANULÉS — E. FRAUDIN, PARIS-BOULOGNE

CHARBON FRAUDIN

GRANULÉ

NI CAUSTIQUE, NI TOXIQUE

GRANULÉ AU NAPHTOL

AFFECTIONS et INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

GRANULÉ SANS NAPHTOL

R. C. Seine 595.16

© BIU Santé

Les *tuberculides cutanées* à siège dermo-épidermique comprennent les *tuberculides lichenoïdes* (lichen scrofulosorum des auteurs et lichen nitidus).

Les *turerculides papulo-nécrotiques* (folliclis et acnitis de Barthélemy).

Les *tuberculides acnéiformes* (acné cachecticorum de Hebra).

Les *tuberculides lupoïdes* (sarcoïdes bénignes ou lupoïdes de Bœck).

Les *toberculides érythémato- atrophiantes* (lupus érythémateux de Cazenave ; certaines atrophodermies).

Les *tuberculides érythémateuses* (lupus érythémateux exanthématique).

A vrai dire, ce groupe des tuberculides dermo-épidermiques, tel qu'il est, n'est pas définitif, et l'auteur lui-même, serait peut-être tenté d'en détacher, d'après les récentes observations, le lichen nitridus.

Quant à nous, nous pensons qu'il convient encore, d'apporter des faits nouveaux dans le procès complexe du lupus exanthématique, que certains dermatologistes (Milian), récemment encore, n'ont pu rattacher à la tuberculose, en l'absence de toute lésion tuberculeuse à l'autopsie et de toute réaction humorale pendant la vie.

Il faudrait, d'ailleurs s'entendre nous semble-t-il, sur la dénomination de ces soi-disant lupus exanthémique, érythémateux, et peut-être, les considérer comme des syndromes et en tous cas ne plus leur accorder se mot de lupus qui ne justifient ni leur évolution, ni leur symptomatologie.

Le lupus érythémateux lui-même semble pour certains auteurs n'avoir pas fait suffisamment ses preuves, au moins quant aux réactions sérologiques attribuables à la tuberculose, tandis que pour certains syphiligraphes, à étiologie parasyphilitique il faut bien l'avouer, la syphilis devrait en être reconnue la cause exclusive. Telle n'est pas dans ce cas notre façon de voir.

Depuis que nous cherchons simultanément dans cette affection les réactions de Besredka et le B.-W. il nous a bien été démontré que la réaction de Besredka y était bien plus fréquemment positive que le B.-W. Tandis que dans l'érythème induré de Bazin véritable expression de l'*hybridité de terrain*, à notre avis, les réactions de Bordet-Wassermann ou de Hecht étaient très souvent positives, associées à des réactions et des antécédents nettement aussi d'hérédo-tuberculose.

Le *groupe des tuberculides hypodermiques* comprend pour M. Darier :

L'érythème induré de Bazin ;
Les sarcoïdes sous-cutanées ;
Les sarcoïdes noueuses disséminées.

Après discussion de toutes les expériences établies pour démontrer la nature des tuberculides, il convient, dit M. Darier, de ne voir dans ces tuberculides que des syndromes qui peuvent relever de causes diverses, que le rôle de la tuberculose est de beaucoup le plus fréquent, ce que personne ne conteste ; mais que, d'autre part, celui qui revient à d'autres infections et notamment à la syphilis, doit être pris en considération et recherché avec attention dans chaque cas particulier.

« Les tuberculides ne peuvent donc pas conserver le nom qu'elles portent, lequel a un sens trop précis, jusqu'à ce qu'on « en ait trouvé un meilleur, je propose celui de tuberculoïdes. »

(*Voir suite p.* **104.**)

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
R. C. Seine 203.600

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE
HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410
MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTERO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphtérique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le toucher gynécologique rectal

Par le Prof. Dr **Frans DAELS** (Gand).

L'utérus se trouve dans la cavité pelvienne en antéversion et légère antéflexion ; la lèvre postérieure de l'orifice externe du col utérin se trouve à la hauteur des épines sciatiques. Le degré d'antéversion de l'utérus ou son redressement en une situation plus verticale sont déterminés par l'état de remplissage ou de vacuité de la vessie et du rectum. Ces mêmes facteurs ont beaucoup moins d'influence sur la situation de la matrice en hauteur, tout au moins en dehors de l'état puerpéral. L'utérus est fixé sur place par les ligaments cardinaux, bases des ligaments larges, et par le jeu d'équilibre entre les ligaments ronds, les ligaments de Douglas, les ligaments vésico-utérins, le canal vaginal et le plancher pelvien, surtout le releveur de l'anus. Les tissus de fixation les plus solides se trouvent à droite et à gauche de la matrice à la hauteur de l'orifice interne du col, si bien que l'organe possède le plus de mobilité autour d'un axe transversal fixe passant à ce niveau.

Les parois vaginales prennent point d'appui sur le col utérin, mais lui fournissent également un appui par l'intermédiaire du plancher plevien.

Si nous pratiquons le toucher gynécologique vaginal avec un doigt, il est indiqué d'employer l'indicateur parce que, à côté de l'indicateur étendu pour l'examen, le médius peut se fléchir en angle droit, ce qui n'est jamais le cas pour l'indicateur et l'annulaire lorsque le médius est le seul doigt utilisé pour le toucher. L'indicateur possède au reste une sensibilité tactile beaucoup plus raffinée que le médius. L'indicateur pratiquant seul le toucher gynécologique arrive d'habitude jusqu'au niveau de la lèvre postérieure de l'orifice externe du col ; la résistance opposée par le périnée au médius et à l'annulaire et la résistance opposée par l'arcade pubienne à toute la main empêchent les doigts de pénétrer plus profondément. Tandis que l'indicateur pratique le toucher au niveau du museau de tanche (et nous recommandons de pratiquer ce toucher interne avec la main gauche), la main externe refoule à travers les parois abdominales l'organe utérin vers le bas et accentue son antéversion ; elle pousse davantage l'organe utérin contre la vessie et la paroi vaginale antérieure.

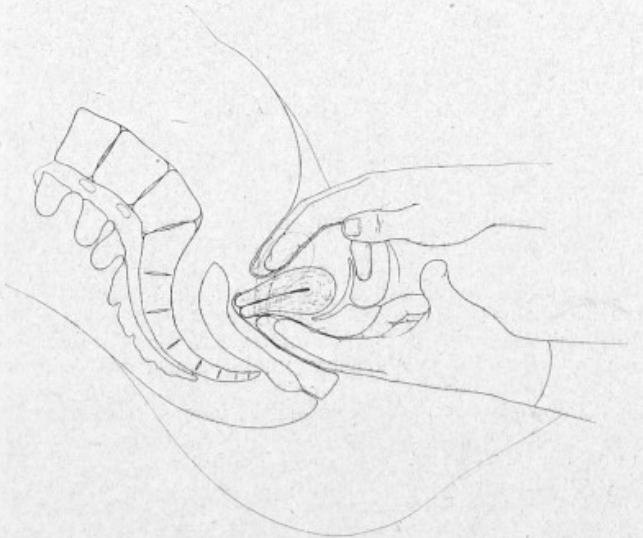


Fig. 1. — Palpation du corps utérin par toucher vaginal.

En pratiquant le toucher vaginal avec l'indicateur et le médius nous pénétrons plus profondément dans le cul-de-sac vaginal postérieur parce que, d'une part, le médius est plus long et que, d'autre part, l'annulaire se fléchit davantage et se trouve placé plus en dehors que le médius. Cette dernière technique, le toucher vaginal au moyen de deux doigts, nous permet donc de gagner du terrain dans deux directions différentes, mais la mobilité et l'élasticité des tissus ont leur limite et la paroi vaginale postérieure elle-même, fixée sur le col utérin, nous empêche d'examiner davantage dans la hauteur et de palper la face postérieure de la matrice.

En plaçant les doigts internes contre la paroi vaginale antérieure et en appuyant avec la main externe à travers les parois abdominales nous palpons le corps utérin entre les deux mains (Fig. 1). Mais si la vessie se trouve distendue il nous est impossible de palper le corps utérin de façon minutieuse, d'autant moins que l'état de remplissage de la vessie fait que la malade contracte les muscles abdominaux dès que la main externe veut enfoncer quelque peu la paroi abdominale. Toute palpation difficile de l'organe utérin indique, comme première mesure pour faciliter l'examen, le sondage de la vessie.

Dans les cas d'obésité, le corps utérin ne peut point être palpé directement à travers les parois abdominales, mais la pression exercée par la main externe sur la paroi abdominale provoque cependant une bascule plus prononcée de la matrice en avant, ce qui permet souvent aux doigts internes de reconnaître la matrice à la palpation à travers la paroi vaginale antérieure.

Si nous pratiquons le toucher gynécologique avec un doigt par voie rectale, la main qui examine se trouve placée plus bas et se trouve moins gênée par l'arcade sous-pubienne. Le doigt qui examine reconnaît très bien à travers la paroi rectale antérieure le museau de tanche et l'orifice externe du col et la situation de la matrice. Lorsqu'il veut pénétrer plus profondément, il n'est plus retenu par le cul-de-sac vaginal postérieur, il peut pénétrer davantage dans la hauteur, passer derrière la matrice, la refouler en bloc vers l'avant et palper toute la face postérieure de l'organe, parfois de façon complète avec le doigt interne, ailleurs de façon combinée par le doigt interne et les doigs externes (Fig. 2.)

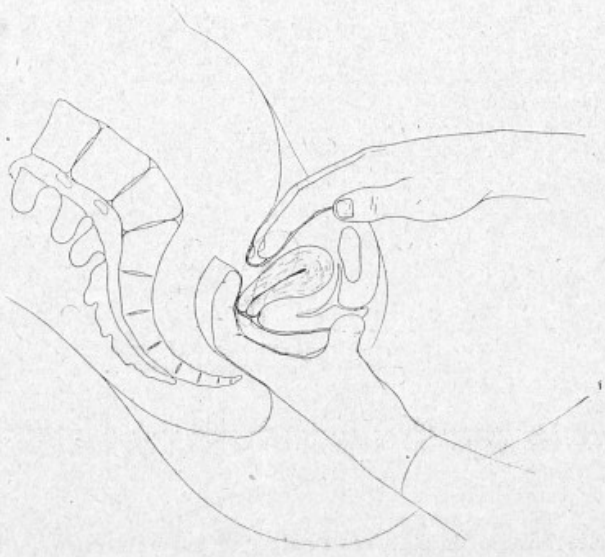


Fig. 2. — Palpation de la face postérieure de la matrice par toucher rectal.

Lorsque nous voulons redresser une matrice en rétroversion ou en rétroversion-et-flexion par manœuvre vaginale, nous sommes parfois arrêtés dans notre essai de redressement par le cul-de-sac vaginal lui-même qui nous empêche d'agir suffisamment sur le corps utérin, nous poussons sur la région du

© BIU Santé

col utérin et ne parvenons pas à glisser les doigts externes derrière le corps utérin (Fig. 3.)

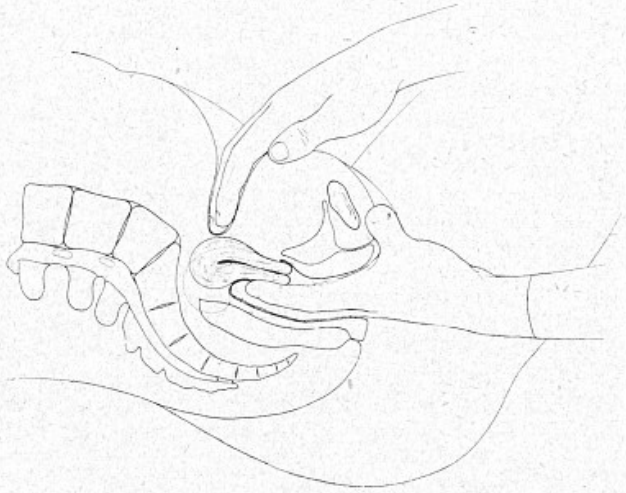


Fig. 3. — Difficulté de redressement de l'utérus en rétroversion ; flexion par toucher vaginal.

En pratiquant la même manœuvre au moyen du toucher rectal, nous redressons de façon plus directe le corps utérin (Fig. 4), nous poussons davantage toute la matrice en avant et la main externe accroche plus facilement l'organe.

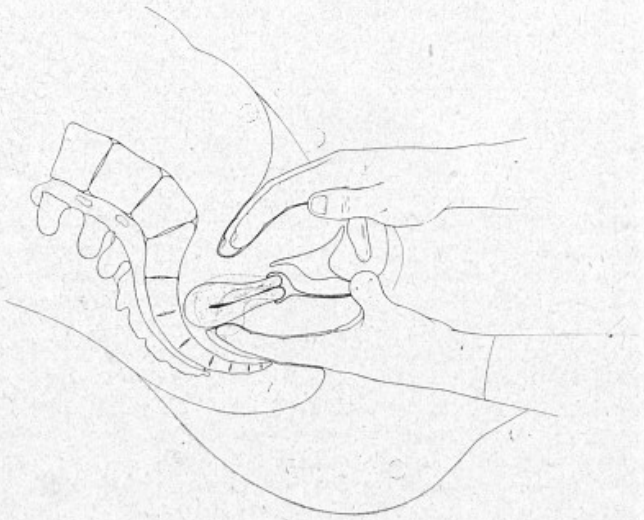


Fig. 4. — Début de redressement de l'utérus en rétroversion par toucher rectal. Le doigt refoule le corps utérin.

Dans les cas de rétroversion adhérente, l'examen minutieux au moyen du toucher vaginal est souvent des plus difficiles parce que le cul-de-sac vaginal postérieur est lui-même pris dans les adhérences inflammatoires ou post-inflammatoires (Fig. 5). En pratiquant le toucher rectal nous pouvons en partie redresser la matrice et palper de façon exacte les adhérences (Fig. 6.)

La combinaison de la palpation externe et du toucher vaginal au niveau des culs-de-sac vaginaux latéraux nous permet de palper les ovaires à travers le vagin, mais nous les percevons d'habitude de façon peu distincte parce que dans la plupart des cas la tension des culs-de-sac vaginaux nous empêche de pénétrer profondément dans le petit bassin ; il en est de même, mais de façon moins marquée, pour la palpation des trompes. Le toucher rectal nous permet de palper les ovaires de façon plus facile et plus directe.

Le toucher vaginal nous permet sans aucun doute de palper une tumeur de l'ovaire ou des annexes, mais nous pouvons déterminer de façon beaucoup plus nette la situation et la

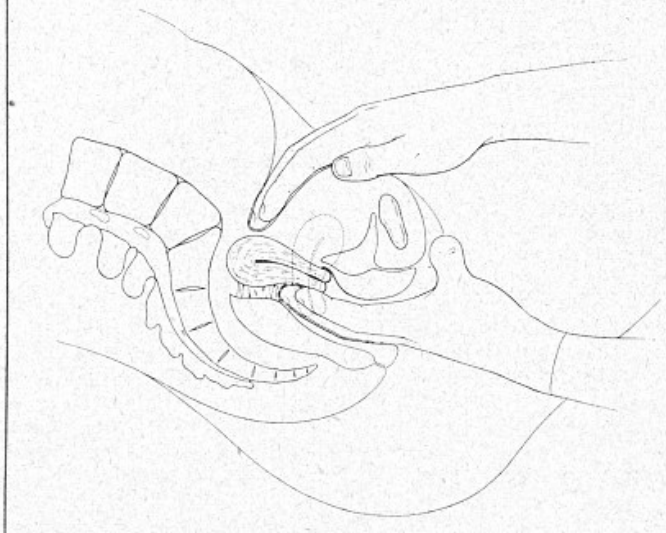


Fig. 5. — Difficulté de redressement de l'utérus en rétroversion adhérente par toucher vaginal.

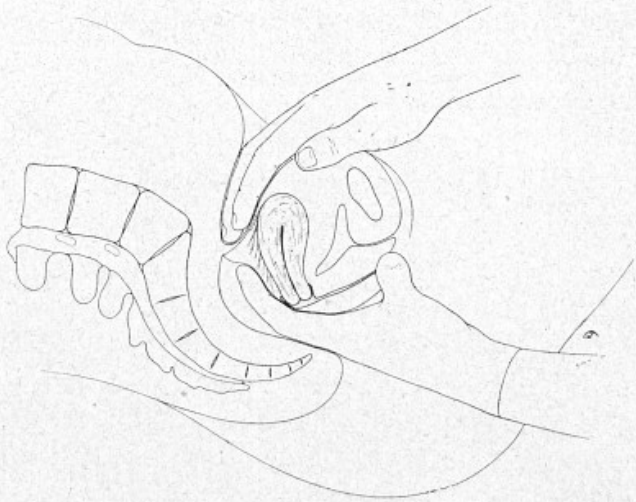


Fig. 6. — Redressement et examen de l'utérus en rétroversion adhérente par toucher rectal.

forme de pareille tumeur au moyen du toucher rectal qui nous permet de palper les faces latérales et postérieures de la tumeur.

Lorsque nous voulons déterminer les particularités d'une tumeur qui se trouve située dans le voisinage immédiat de la matrice et que, dans ce but, nous accrochons le col avec une pince tire-balle pour tirer sur la matrice au moment de l'examen gynécologique, le toucher vaginal ne nous fournit que des renseignements incomplets parce qu'en tirant sur la matrice nous tirons également sur le cul-de-sac vaginal postérieur qui s'oppose ainsi à toute palpation minutieuse dans la hauteur, tandis que le toucher rectal nous permet à ce moment de palper matrice et tumeur dans la hauteur et de déterminer leurs déplacements et leur mobilité.

Si nous voulons redresser une matrice en rétroversion en accrochant le col avec une pince tire-balle, en tirant sur le col pendant que les doigts introduits dans le vagin s'efforcent de redresser le corps utérin pour le faire pivoter tout d'un coup vers l'avant par la bascule du col vers l'arrière, les doigts introduits dans le vagin sont souvent gênés par la résistance du

© BIU Santé

cul-de-sac vaginal lui-même. Si le doigt est introduit dans le rectum, le redressement du corps utérin est beaucoup plus facile et la traction exercée sur l'organe au moyen de la pince tire-balle est beaucoup plus utile parce qu'elle n'est pas contre-carrée par la poussée des doigts dans le cul-de-sac vaginal.

Nous sommes convaincu que ces diverses techniques de redressement de la matrice en rétroversion rendent le redressement si dangereux au moyen de l'hystéromètre absolument contre-indiqué.

Dans le cas d'incarcération pelvienne d'une tumeur ou d'une matrice gravide dans le petit bassin, le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur peut être obtenu beaucoup plus facilement par le toucher rectal que par les manipulations vaginales. L'introduction de deux doigts dans le rectum, profondément, au moment où la malade se trouve couchée la tête en bas, est à notre sens la technique de choix et de loin préférable à la position des coudes et genoux beaucoup plus désagréable pour la malade.

Dans certains cas gynécologiques, par exemple dans certains cas de dégénérescence kystique bilatérale des ovaires, le toucher vaginal seul ne fournit parfois que des données confuses, le toucher rectal éclaircit davantage la situation et le toucher combiné externe-interne vagino-rectal nous permet de palper simultanément l'utérus et les deux tumeurs avec leurs pédicules.

Nous ne voulons point terminer cette démonstration sans attirer de façon spéciale l'attention sur la portée pratique du toucher rectal au cours de l'accouchement. On ne saurait contester que c'est pour le médecin de la pratique courante un avantage considérable que de pouvoir s'orienter en quelques secondes, sans désinfection dispendieuse et sans danger d'infecter sa malade, au sujet du degré de dilatation du col et d'engagement de la partie fœtale conductrice. Cela n'est possible qu'avec le gant en caoutchouc et au moyen du toucher rectal.

Sclérodermie et syphilis

Par MM. **LORTAT-JACOB** et **P. LEGRAIN.**

Malgré les nombreuses observations de sclérodermies publiées chaque année, l'étiologie de cette curieuse affection reste des plus obscures, qu'il s'agisse de sclérodermie généralisée (sclérémie des adultes) ou de sclérodermie progressive (sclérodactylie) ou de sclérodermies partielles (sclérodermie en plaques ou morphée, sclérodermie en bandes). Ces diverses formes de sclérodermies sont d'ailleurs loin de constituer des types cliniques absolument tranchés ; il est fréquent d'observer des cas mixtes, ce qui légitime du reste le rapprochement de toutes les sclérodermies en un seul groupe.

Diverses causes ont été souvent incriminées pour expliquer le développement de la sclérodermie : le froid, les traumatismes, sur lesquels a insisté Thibierge, diverses infections aiguës, comme le rhumatisme articulaire, la fièvre typhoïde, la diphtérie, l'érysipèle, la pneumonie, la scarlatine, ou des infections chroniques comme la tuberculose et le paludisme. Ces diverses infections détermineraient l'apparition des lésions cutanées soit par l'intermédiaire d'altérations des glandes vasculaires sanguines, particulièrement de la thyroïde, soit en causant des scléroses vasculaires ou encore des lésions du système nerveux, cette dernière hypothèse paraissant surtout valable dans les cas de sclérodermies en bandes.

La théorie glandulaire est la plus généralement admise actuellement, en raison de l'efficacité des traitements opothérapiques, thyroïdien ou hypophysaire ; elle explique parfaitement que diverses infections puissent réaliser le syndrome sclérodermique. Mais, parmi les infections aiguës ou chroniques susceptibles de déterminer la sclérodermie, la syphilis a été exceptionnellement mise en cause et les observations de sclérodermie chez des syphilitiques sont extrêmement rares dans la littérature. Aussi Thibierge dans un article « sclérodermie » de la *Pratique Dermatologique*, considère-t-il la syphilis comme une cause très douteuse de sclérodermie, Brocq (Traité élémentaire de dermatologie pratique) comme probable et Darier (*Précis de Dermatologie*, 1923) attribue un rôle problématique à la syphilis héréditaire. Cette opinion est partagée par les auteurs étrangers, anglais, américains, allemands, qui considèrent le rôle de la syphilis comme nul ou exceptionnel.

Cette opinion générale mérite à notre avis d'être discutée et il nous a paru intéressant, à l'occasion d'un cas de sclérodermie généralisée que nous avons publié dernièrement à la Société de dermatologie, de rechercher dans la littérature les observations qui nous ont paru en faveur de l'origine syphilitique de certaines sclérodermies et d'exposer l'état actuel de la question.

***

Notre observation (1) personnelle nous paraît réellement probante en faveur du rôle de la syphilis en raison de la certitude de cette affection chez notre malade et de la régression rapide des symptômes observés sous l'influence unique du traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol ; nous la résumerons brièvement :

Jeune femme de 25 ans, présentant une sclérodermie généralisée datant de 3 mois, avec tendance à l'aggravation. La malade avait l'aspect d'une statue, les traits figés, la déglutition et la respiration très difficiles, les mouvements de la tête et des membres supérieurs très limités. La syphilis datait de 4 ans (chancre et angine secondaire) ; la réaction de Wassermann était fortement positive et son enfant, âgé de 3 ans, présentait, outre des stigmates de syphilis héréditaire, une réaction de Wassermann fortement positive et une gomme péri-anale guérie rapidement sous nos yeux par un traitement arsenical. La mère fut soumise aux injections intra-veineuses de novarsénobenzol (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.60, 0.75) du 21 septembre au 15 novembre 1923. L'amélioration fut extrêmement rapide dès la 3e injection ; présentée à la Société de dermatologie le 8 novembre 1923, l'infiltration des téguments avait fondu, les mouvements étaient faciles, la déglutition et la respiration presque normales. Au mois de décembre, il ne persistait que des traces de l'affection primitive.

Nous avons recherché des cas semblables dans la littérature ; si ceux-ci sont rares, il en est néanmoins d'assez démonstratifs.

Lang (2) a observé le cas d'une jeune femme atteinte d'un placard de sclérodermie localisé au niveau du membre droit, datant de deux ans. Cette femme nettement syphilitique (chancre, syphilides papuleuses antérieurement), soumise aux injections d'huile grise est guérie très rapidement.

Ziegel (*Medical Record*, 21 6-13, p. 1125) rapporte le cas d'une jeune femme de 22 ans, présentant un goitre exophtalmique typique avec tachycardie et multiples

(1) LORTAT-JACOB, P. LEGRAIN, E. BAUDOIN. — Sclérodermie généralisée d'origine syphilitique. *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 novembre 1923.

(2) LANG. — Ein Fall von Sklerodermie *Arch. f. Dermat.*, 1891, p. 526, t. 23.

© BIU Santé

plaques de sclérodermie. La syphilis est certaine, la malade a fait une fausse couche, un enfant est mort en bas âge et la réaction de Wassermann est fortement positive. Sous l'influence de deux injections intra-musculaires de 0.50 de salvarsan, on vit le poids augmenter, le goitre s'atténuer, le nombre de pulsations diminuer, la sclérodermie s'atténuer et plusieurs plaques disparaître. Le traitement ne put malheureusement être continué en raison de la douleur provoquée par les injections.

Audry (1) a rapporté dernièrement une observation intéressante de sclérème des adultes développé chez une femme non seulement syphilitique (réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidieu, albumine et lymphocytose rachidienne), mais encore en puissance d'une affection grave avec localisations nerveuses importantes, guérie par le traitement. L'amélioration du sclérème par le novarsénobenzol milite en faveur du rôle essentiel de la syphilis dans le développement du sclérème .mais le malade avait reçu conjointement un traitement thyroïdien, ce qui diminue la valeur de cette observation ; aussi nous paraît elle moins probante que les deux premières.

La seule objection que l'on puisse faire à notre observation, à celle de Lang et à celle de Ziegel pour nier l'origine syphilitique est l'évolution capricieuse de la morphée comme celle de la sclérodermie généralisée et l'amélioration rapide parfois sans traitement. Cet argument paraît de bien peu de valeur pour notre malade où l'amélioration ne fut constatée qu'après la troisième injection de novarsénobenzol 0 gr. 45, c'est-à-dire la première dose efficace, alors que l'état de la malade était figé depuis trois mois.

***

La *sclérodactylie*, par contre, a une évolution essentiellement chronique, rebelle à toute thérapeutique, et la guérison de cette forme grave de sclérodermie chez une syphilitique sous l'influence d'un traitement antisyphilitique a une valeur étiologique de premier ordre. Hillairet (2) en a rapporté un cas qu'il nous faut citer : il s'agit d'une femme ayant contracté la syphilis à l'âge de 44 ans (plaques muqueuses vulvaires, maux de gorge, éruption sur toute la surface du corps puis syphilides squameuses) et atteinte quelques mois plus tard de sclérodactylie traitée d'abord par des cataplasmes sans résultat. Hillairet institue un traitement mercuriel par des frictions, donne de l'iodure de potassium, l'amélioration est rapide et la malade guérit.

A la suite de cette observation Hillairet ajoute les considérations suivantes que nous devons rapporter :

« Jusqu'à présent on avait considéré la scrotule et la syphilis comme incapables de déterminer la sclérodermie..... je crois pouvoir affirmer que la syphilis a été cause de la sclérodactylie chez la femme en question. Nous essayons divers traitements, rien n'y fait. Enfin nous donnons l'iodure de potassium et immédiatement les douleurs diminuent, puis cessent ; la peau reprend un aspect normal et la malade guérit en quelques semaines. Ne sont-ce pas là des preuves suffisantes de l'origine syphilitique de la sclérodactylie et ne pouvons-nous pas dès lors admettre que, dans certains cas, les lésions de la peau doivent être attribuées à la syphilis. Je crois être le premier à signaler cette cause et c'est pour cela que j'ai tenu à insister sur ce point d'étiologie ».

Jeanselme et Touraine ont rapporté un cas analogue à la Société de dermatologie et de syphiligraphie en juillet 1913, sous le titre : Syphilis et Sclérodermie. Il s'agissait d'une sclérodactylie chez une femme vraisemblablement hérédo-syphilitique, avec réaction de Wassermann fortement positive dans le sang et lymphocytose céphalo-rachidienne nette (15 lymphocytes par millimètre cube). Soumise aux injections de cyanure, associées, il est vrai, à des cachets de corps thyroïde, ces auteurs ont constaté une régression manifeste des lésions et considèrent la syphilis comme nettement la cause de la sclérodactylie.

A la suite de la discussion soulevée par la présentation de notre malade à la Société de dermatologie, Milian a fait justement remarquer qu'on trouve souvent dans la sclérodactylie un syndrome identique à celui de la maladie de Raynaud, dont on connaît l'étiologie syphilitique fréquente et la régression habituelle sous l'influence d'un traitement spécifique. Aussi institue-t-il systématiquement dans tous les cas de sclérodactylie le traitement antisyphilitique, ne serait-ce qu'à titre de traitement d'épreuve. Ces deux affections, sclérodactylie et maladie de Raynaud, ont un certain nombre de symptômes communs ; les premiers symptômes de la sclérodactylie consistent en effet en crampes, fourmillements, engourdissements dans les doigts avec accès de syncope locale survenant par accès comme dans la maladie de Raynaud ; l'induration de la peau a été rencontrée dans certains cas indiscutables de maladie de Raynaud et certaines sclérodactylies peuvent aboutir à l'élimination par gangrène des parties osseuses importantes.

***

A côté des cas de morphée, de sclérodermie généralisée, de sclérodactylie évoluant chez des sujets syphilitiques nous avons trouvé dans la littérature des observations de sclérodermie en bande chez des sujets spécifiques.

Apert et Vallery-Radot (1) rapportent le cas d'une fillette âgée de 9 ans 1/2 atteinte de sclérodermie en bandes des membres supérieurs ; cette enfant, syphilitique héréditaire, présente une réaction de Wassermann positive atténuée et la ponction lombaire révèle une abondante lymphocytose.

Michalowsky (2) rapporte un cas identique chez une fillette de 4 ans 1/2 présentant une sclérodermie en bande, de la cuisse gauche avec réaction de Wassermann positive et qui fut améliorée sous l'influence d'un traitement mercuriel et arsenical ; de même Exchaguet (3) à propos d'une fillette de 6 ans 1/2 atteinte de sclérodermie progressive avec réaction de Wassermann positive à maintes reprises ; la mère ayant eu successivement une fausse couche, un enfant mort-né, un enfant mort en 24 jours.

***

Ces quelques observations, retrouvées par nous dans la littérature à l'occasion de la présentation de notre malade à la Société de dermatologie et de syphiligraphie — sans

(1) C. Audry et L. Chatellier. — Sclérème des adultes et syphilis (contribution à l'étude des endocrinides angio-neurotrophiques d'origine syphilitique). *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1923.

(2) Hillairet. — De la sclérodermie. *Le Progrès médical*, 26 octobre 1878, n° 43, p. 793-795 et 858-859.

(1) Apert et Vallery-Radot. — Sclérodermie en bandes. In *Thèse Michalowsky*. Paris 1920. p. 28.

(2) Michalovsky. — Contribution à l'étude de la sclérodermie en bandes chez l'enfant. Observation XVIII (inédite).

(3) Exchaguet. — A propos d'un cas de sclérodermie progressive chez l'enfant. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1918, p. 197-203.

© BIU Santé

avoir la prétention d'ailleurs de fournir ici une bibliographie complète du sujet sclérodermie et syphilis — nous paraissent poser d'une façon nette les rapports de ces deux affections. Si la sclérodermie doit être considérée comme un syndrome, nulle raison ne s'oppose à ce que la syphilis joue un rôle égal dans sa production à celle d'autres affections aiguës ou chroniques. Mais la recherche de la syphilis devra être faite non seulement par une enquête clinique sévère, mais avec l'aide du contrôle sérologique. Il n'est pas impossible que l'attention des observateurs étant éveillée de côté de l'origine syphilitique possible de certaines sclérodermies, cette étiologie soit plus fréquemment mise en cause. Audry a rapporté dernièrement deux observations de sclérème des adultes chez des syphilitiques observés dans l'espace de quelques mois à la clinique dermatologique de Toulouse ; jointes à notre observation personnelle nous avons ainsi pour l'année 1923 trois observations de sclérodermies généralisées où la syphilis a paru jouer un rôle primordial.

Un point intéressant et qui mérite aussi d'être retenu est l'étude de liquide céphalo-rachidien chez les sclérodermiques. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas avec lymphocytose abondante (1), nous en avons relaté ci-dessus deux observations, de Jeanselme et Touraine, d'Apert et Vallery-Radot et plus récemment Guillain (2) a rappelé deux observations de sclérodermie progressive avec albuminose du liquide céphalo-rachidien. Cette étude du liquide céphalo-rachidien si rarement pratiquée chez les sclérodermiques, mérite d'être reprise avec les techniques modernes ; recherche de l'albuminurie, de la lymphocytose, réaction de Wassermann et réaction du benjoin colloïdal.

Dans le cas de sclérodermie développée chez un syphilitique, il sera nécessaire d'utiliser un traitement particulièrement actif, de le poursuivre suffisamment longtemps, sans se contenter de quelques injections de novarsénobenzol à petites doses, pour juger de l'évolution des lésions.

C'est seulement par une enquête complète au sujet de la syphilis chez les sclérodermiques, particulièrement dans les cas de sclérodactylie ou de sclérodermie généralisée, et d'après les résultats du traitement antisyphilitique que l'on pourra résoudre le problème actuellement posé de rôle de la syphilis dans l'étiologie des sclérodermies.

(1) Lortat-Jacob, P. Legrain et E. Baudoin. — Sclérodermie en plaques avec mélanodermie diffuse symétrique et lymphocytose céphalo-rachidienne. Société française de dermatologie et de syphiligraphia, 6 juillet 1922.

(2) G. Guillain, Th. Alajouanine et R. Marquézy. — Sclérodermie progressive avec cataracte double chez un infantile. Société médicale des hôpitaux, 9 novembre 1923.

(3) Voir *Progrès médical*, 17 nov. 1923 ; 26 janv. 1924.

(4) Morel. — Du délire émotif, névrose du système ganglionnaire viscéral. *Arch. gén. de méd.*, 1866 critiqué *in J. de méd. ment.*, de Delasiauve, 1867. T. VII., pages 107-118.

Anatomie pathologique des sympathiques

Par M. **LAIGNEL-LAVASTINE.**

D. — Lésions des systèmes sympathiques dans les affections mentales (3).

Comme je le disais dans ma thèse, « les lésions du sympathique dans les *maladies mentales* ont été, depuis Lobstein, beaucoup plus incriminées que démontrées. Morel (4) faisait du délire émotif une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral ; il ne décrivait pas de lésions.

« Dans plusieurs cas de folie hypocondriaque ayant duré de longues années, A. Voisin dit avoir trouvé des lésions dans les ganglions semi-lunaires, mais les techniques étaient incomplètes. Les recherches récentes, avec les techniques d'histologie fine, sont encore peu nombreuses. Dans un rapport au Congrès de Grenoble sur les *états anxieux* dans les maladies mentales, syndromes dans lesquels, les troubles sympathiques peuvent et doivent être examinés, Lalanne ne rapporte aucune observation d'examen histologique du plexus solaire.

« Depuis 1903, j'ai réuni des documents qui permettent d'envisager l'ensemble du sympathique dans les affections mentales de la façon suivante :

« Substratum de la régulation nerveuse de la nutrition et, conducteur de la cénesthésie, le sympathique, par ses lésions, peut agir sur l'encéphale en modifiant son irrigation sanguine en l'intoxiquant par un vice humoral dû aux troubles des glandes sous sa dépendance ou en perturbant directement les renseignements de la sensibilité viscérale (1). »

Dans ces conditions, on peut résumer comme suit les principaux faits connus. Je les réunis en trois groupes : *débilité cérébrale*, *perturbations cérébrales à prédominance psychique*, *cécités*.

A) *Débilité cérébrale.*

Selon l'orientation de son hérédité, on naît avec une prédisposition morbide de tel ou tel viscère. C'est cette prédisposition morbide du cerveau que j'appelle *débilité cérébrale*, plus compréhensive que la débilité *mentale*, expression clinique qui n'en est qu'un degré.

Rentrent dans la débilité cérébrale, depuis les plus frappés jusqu'aux quasi-normaux, les *idiots*, les *imbéciles*, les *déséquilibrés*.

Par définition, ce sont des malformations du sympathique concomitantes des malformations du cerveau qu'on peut trouver chez ces malades. Je ne connais aucun travail fait dans ce sens.

B) *Perturbation cérébrale à prédominance psychique.*

Je n'ai aucun document anatomique sur le sympathique de *maniaques*.

Dans la *mélancolie*, dit Anglade (2), on conçoit que les lésions des conducteurs nerveux, particulièrement celles du sympathique, sont de nature à empêcher les transports au sensorium des impressions périphériques, dont l'ensemble constitue la cénesthésie, et nous avons vu que la mélancolie dépendait d'un trouble cénesthésique.

J'ai, avec Vigouroux (3), publié le cas d'un *mélancolique anxieux* avec sitiophobie et hypocondrie, chez qui les ganglions solaires étaient profondément sclérosés et enflammés. Le malade ne voulait pas manger, parce que, disait-il, son estomac était trop rétréci et son œsophage bouché. Il n'existait aucune lésion de ces viscères. Je pense que, dans ce cas, la lésion du plexus solaire, par les troubles cénesthésiques qu'elle déterminait, a orienté le délire. La lésion du sympathique paraît primordiale dans cette dépression cénesthésique, et ce débile cérébral, sans lésion du sympathique, n'aurait pas délire sous cette forme.

Une seconde observation analogue, recueillie avec A. Vigouroux (4), montre aussi l'importance des lésions du sympathique dans la mélancolie et la valeur de la localisation morbide sur certains territoires du sympathique pour expliquer les caractères hypocondriaques du délire.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte de *débilité mentale compliquée de mélancolie avec idées hypocondriaques et de suicide*. Elle se plaignait constamment de l'estomac, pen-

(1) Laignel-Lavastine. — *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1907, nos 3 et 4, et anatomie pathol. du sympathique et des viscères dans les affections mentales. Traité internat. de Psychol. pathol., t. I., pages 682-708.

(2) Gilbert-Ballet. — Traité de pathologie mentale, p. 317.

(3) Vigouroux et Laignel-Lavastine. — Soc. anat., 19 juillet 1907, pages 577-580.

(4) Vigouroux et Laignel-Lavastine. — Soc. anat., 18 oct. 1907, pages 635-637.

© BIU Santé

dant des années poussa des gémissements, et ses préoccupations sur sa santé l'empêchaient de travailler. A l'autopsie, nous avons relevé une *sclérose énorme des ganglions semi-lunaires*.

Dans la mélancolie pellagreuse, dont Obregia et Pitulesco (1) ont étudié quatre cas, les altérations des ganglions solaires sont, en général, très profondes. Le tissu conjonctif est hyperplasié. Les vaisseaux sont dégénérés et sclérosés. Les cellules nerveuses sont raréfiées et atrophiées. Leur chromatolyse est très avancée avec achromatose fréquente, vacuolisation du protoplasma et surcharge pigmentaire.

Le réseau fibrillaire est très lésé. La majorité des cellules présente la transformation granuleuse des fibrilles ou la disparition plus ou moins complète du réseau fibrillaire.

Chez plusieurs infectés atteints de *délire onirique*, j'ai vu des lésions du sympathique. Il s'agissait de typhoïdiques, déjà étudiés (2).

Dans la *confusion mentale*, les lésions du sympathique sont variables. Je ne m'occuperai que de la confusion mentale aiguë ou subaiguë. Dans la confusion mentale aiguë, les lésions du sympathique varient selon qu'il y a ou non coexistence de polynévrite.

Dans la *confusion mentale sans polynévrite*, généralement par insuffisance hépatique, le sympathique, comme je l'ai montré ailleurs (3), manifeste anatomiquement l'auto-intoxication au même titre que les cellules nerveuses du cortex. On y voit donc, sans lésions des tissus de soutien, des lésions dégénératives de quelques cellules nerveuses : chromatolyse centrale ou périphérique, déformation globuleuse, migration périphérique du noyau, achromatose partielle ou totale et figures de neurophagie à côté de cellules normales.

Quand la confusion mentale s'accompagne de polynévrite, quand il s'agit du *syndrome de Korsakoff*, les ganglions et les nerfs sympathiques sont touchés au même titre que les nerfs cérébro-spinaux.

Dans le *délire aigu*, je ne connais aucune observation publiée, de même que dans la *psychose hallucinatoire chronique*.

C) *Démences*.

La démence est une fin. La ruine est toujours la même, quel que soit le chemin qui y mène. Toute démence est organique, car il y a toujours lésion destructive ; seulement, comme les facteurs qui la déterminent sont divers et laissent de leur action des traces anatomiques différentes, je diviserai les démences en trois groupes : la *démence paralytique*, la *démence organique*, la *démence précoce*.

Dans la *paralysie générale*, les ganglions du sympathique ont été l'objet de recherches importantes.

On sait qu'autrefois Bonnet et Poincaré ont fait jouer un rôle prépondérant à leurs altérations.

Angiolella (4) a constaté trois ordres de lésions : inflammation chronique du tissu interstitiel ; phénomènes d'endo-artérite et de péri-artérite chroniques ; dégénérescence et nécrobiose des cellules nerveuses.

Voici ce que j'ai vu le plus souvent.

Chez un paralytique mort après une évolution classique (5), les ganglions sympathiques présentent une dilatation vasculaire considérable : les artères et les veines sont remplies d'hématies et de pigment noirâtre ; les capillaires, gorgés d'hématies, donnent l'impression d'une infiltration sanguine diffuse, qui pénètre jusqu'autour des capsules endothéliales, dont quelques-unes même sont envahies.

L'enveloppe fibreuse, très pigmentée, est très épaissie ; de même, tout le tissu conjonctivo-vasculaire. Les travées de sclérose, où les fibres sont mélangées à des blocs de pigment noirâtre, s'enfoncent sous forme de coins à l'intérieur du ganglion dont elles accentuent et multiplient la lobulation.

On note de l'infiltration de petites cellules rondes sous l'enveloppe fibreuse, autour des vaisseaux de petit calibre et des capsules endothéliales, dont beaucoup ont perdu la netteté de leurs contours.

Au Nissl, dans les régions sclérosées, les vaisseaux pigmentés donnent l'impression de branches de bois mort. Les noyaux ganglionnaires ont leurs cellules périphériques tassées et rapetissées et leurs cellules centrales inégalement colorées. Les petites cellules nerveuses, très nombreuses, ont leur protoplasma plus fortement coloré à la périphérie qu'à la partie centrale. Les grandes cellules nerveuses sont, les unes normales, les autres gobuleuses, en chromatolyse avec noyau périphérique, quelques-unes enfin en achromatose et comme fusionnées en voie de destruction complète. Toutes les cellules nerveuses contiennent très peu de pigment. Ce fait est d'autant plus remarquable que le tissu conjonctif est très pigmenté ; d'ailleurs, la couleur n'est pas la même ; le pigment cellulaire est plus clair (marron) que le pigment hématique.

Après cette description d'ensemble du sympathique du paralytique, étudions chacun de ses éléments pour en préciser le déterminisme, d'après dix observations personnelles.

Dans deux cas, le degré de sclérose était tel qu'il attirait immédiatement l'attention. Cette sclérose interstitielle accentuée avec atrophie pigmentaire était le résultat d'une évolution longue de la maladie, sans épisodes aigus, chez deux hommes déjà âgés (1).

Dans cinq cas, la présence de petites cellules rondes et de nodules infectieux était liée à l'évolution rapide de la maladie chez des individus jeunes, ou à une infection intercurrente terminale, comme chez un homme (2) où des *perturbations de la cénesthésie abdominale* coïncidèrent avec une diarrhée dysentériforme et une bronchopneumonie tuberculeuse. Les ganglions solaires, dont les vaisseaux étaient dilatés et l'enveloppe fibreuse épaissie, avaient des nodules infectieux nombreux, des capsules endothéliales envahies par des cellules rondes, et des cellules nerveuses, les unes normales, les autres en chromatolyse légère.

Ce fait montre qu'une infection intercurrente peut ajouter des nodules infectieux à la sclérose adulte des ganglions sympathiques et par sa localisation sur tel ou tel territoire orienter le délire. Mais le plus généralement, l'infiltration cellulaire, infiltration lymphocytique diffuse ou nodulaire, doit être rapportée à une évolution subaiguë de la P. G. ou à une ultime poussée aiguë survenue récemment. Il s'agit presque toujours de syphilitiques jeunes. Souvent les fibres nerveuses du sympathique sont intactes dans la P. G.

Quand on trouve, dans les grands splanchniques par exemple, diminution du nombre des petites fibres à myéline, tombant de 4 à 5.000 à 1.700, on peut affirmer, qu'il s'agit d'une *association tabéto-paralytique*. Ainsi, dans les plexus sympathiques des tabéto-paralytiques, on trouve la raréfaction des fibres nerveuses du tabes et l'inflammation interstitielle de la P. G.

En conclusion, dans le sympathique des P. G., les lésions interstitielles tendent vers la sclérose adulte ; elles s'en rapprochent d'autant plus que le paralytique est plus âgé et que la maladie a eu une évolution plus longue. Les lésions cellulaires tendent vers l'atrophie pigmentaire. Elles n'ont pas les caractères d'altérations primitives. Elles paraissent plutôt secondaires au processus de sclérose. Les lésions des fibres nerveuses sont assez fréquentes ; elles s'expliquent par l'association du tabes à la P. G.

Obregia et Pitulesco (3) ont confirmé mes recherches.

Ils les ont complétées par de nouvelles observations, faites par les méthodes de Cajal et de Bielchowsky.

C'est ainsi que dans les paralysies générales à évolution aiguë ils ont vu toute la gamme des lésions du réseau fibrillaire :

(1) Obrégia et Pitulesco. — Studiu clinico-istologic asupra simpaticului solar in boabele mintale. Bucarest, 1909.
(2) Laignel-Lavastine. — Le sympathique dans les infections. *Revue de Médecine*, 1905, pages 389-399.
(3) Laignel-Lavastine. — Le sympathique chez les tuberculeux. Congrès de Reims, 1907, et *Revue de méd.*, 10 juin 1908, p. 155.
(4) C. Angiolella. — Sulle alterazioni dei ganglii del simpatice nella paralisi progressiva, *Il Manicomio moderno*, 1894, nos 1 et 2.
(5) Laignel-Lavastine. — Thèse, 1903, obs. LXII.

(1) Laignel-Lavastine. — Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, 1903.
(2) Laignel-Lavastine. — Thèse 1903, Obs. LXIV, p. 217.
(3) Obregia et P. Pitulesco. — Sur l'histologie du sympathique solaire dans différentes maladies mentales. *Encéphale*, avril 1910, p. 393.

© BIU Santé

épaississement des fibres, fragmentation, état granuleux, élargissement, disparition complète du réseau.

Quinze examens de paralysie générale à évolution chronique leur ont permis de résumer ainsi les lésions fibrillaires.

L'altération la plus fréquente est l'amincissement des fibrilles avec élargissement du réseau ; parfois cependant les fibrilles sont épaissies, sinueuses et moniliformes. Moins fréquente est la transformation granuleuse totale du réseau fibrillaire. Il existe des cellules où toute trace de fibrillation a disparu et où la substance achromatique se colore en rouge brun diffus par le chlorure d'or. Plus résistantes que le corps cellulaire, les dendrites sont variqueuses, sinueuses, avec des fibrilles plus ou moins onduleuses, épaissies, moniliformes. Toutes les formations péri-cellulaires : couronne dendritique, nids, plexus, glomérules, paraissent plus riches en fibrilles que normalement. Autour de certaines cellules en voie de disparition, on remarque des ébauches de plexus néoformés, dont les fibres fines, fortement imprégnées en noir, se terminent en boutons, anneaux ou petites massues. On trouve toutes les transitions de ces massues à de grosses boules homogènes fortement imprégnées. Obregia et Pitulesco ont enfin noté la fréquence des glomérules réticulo-fibrillaires, qu'ils ont les premiers décrits.

Dans la *démence pellagreuse* les mêmes auteurs ont remarquablement décrit les lésions solaires, qui rappellent beaucoup les lésions précédentes. Je renvoie sur ce point spécial à leur mémoire original (1).

Dans les autres *démences organiques*, les examens du sympathique sont assez rares.

Dans la *démence épileptique*, Spratling et Rosewell Park (2) ont noté l'inflmmation interstitielle des ganglions cervicaux ; Obregia et Pitulesco, au milieu de lésions variables, ont remarqué des modifications du réseau neurofibrillaire depuis l'amincissement des fibrilles jusqu'à leur disparition plus ou moins complète et la vacuolisation de la cellule.

Dans la *démence sénile* (3), les ganglions sympathiques, gros et blancs, ont l'enveloppe fibreuse et les travées conjonctives épaissies. Les vaisseaux dilatés, sous la forme de rubans sinueux, se détachent, roses sur le fond violet, dans les préparations à l'hématoxyline-éosine ; leurs tuniques sont épaisses et réfringentes ; il n'y a pas de petites cellules rondes autour des vaisseaux. Les capsules endothéliales sont normales. Les cellules nerveuses, de volume normal et remplissant bien leurs capsules, sont pigmentées. Cette surcharge pigmentaire est leur seul détail de structure anormale. D'après Obregia et Pitulesco, le réseau fibrillaire, dans les grandes cellules, est, en général conservé, mais ses fibrilles sont pâles et minces. Dans les cellules sympathiques moyennes et petites le réseau est plus ou moins altéré ou même disparaît. Le plus souvent, on constate la transformation granuleuse des fibrilles, dont les grains sont petits et pâles. Dans les dendrites, les fibrilles sont mieux conservées ; mais sont aussi pâles et onduleuses. Les dendrites sont amincies ; mais il en existe encore quelques-unes de volumineuses. Les plexus péri-cellulaires paraissent plus richement doués de fibrilles que normalement. Par contre, on rencontre rarement des fibres et des ébauches de plexus de néo-formation autour des cellules en voie de disparition. Des terminaisons en boules de Cajal, avec massues, boutons et anneaux, sont fréquentes.

En général, dans la *démence précoce* (4), les ganglions sympathiques ont leur enveloppe fibreuse épaissie et envahie de noyaux, de même que les travées conjonctives. Les vaisseaux dilatés ont leurs parois épaissies, entourées de petites cellules rondes ; d'abondantes hématies sont épanchées entre les capsules endothéliales. Les cellules nerveuses, pâles, pigmentées, à noyau souvent périphérique, ont des granulations chromatiques persistantes, mais poussiéreuses.

Chez quatre déments précoces, Obregia et Pitulesco ont confirmé dans son ensemble cette description. Ils ont insisté sur les modifications du réseau neurofibrillaire. Les grandes cellules à type réticulé ont leurs fibrilles pâles et fines ; les fibrilles dendritiques bien que pâles sont normales. Dans les cellules de taille moyenne et petite, le réseau a ses mailles élargies d'aspect vacuolaire. Les fibrilles persistantes sont irrégulières, moniliformes. Dans les cellules de type pseudo-fasciculé, on constate une réduction du réseau fibrillaire beaucoup plus avancée dans le corps cellulaire que dans les dendrites. Enfin des petites cellules sympathiques ont perdu toute trace de fibrillation et sont bourrées de pigment.

Chez un excité hébéphrénique mort phtisique avec pleurésie double, les lésions des ganglions semi-lunaires étaient maxima au pôle supérieur, près du nerf splanchnique intéressé dans le processus inflammatoire pleural. Les plexus péri-cellulaires étaient beaucoup plus riches en fibres. Ils avaient l'aspect de plexus de néo-formation, avec fibres fines, noires, très sinueuses, terminées par des boules piriformes d'accroissement. La prédominance de ces plexus au pôle splanchnique semble bien être en relation avec les lésions des nerfs splanchniques dans leur trajet sous-pleural.

L'analyse des lésions assez complexes des ganglions solaires des déments précoces montre qu'il est difficile de distinguer ce qui appartient au processus chronique de la D. P. et ce qui dépend des processus inflammatoires concomitants.

En dehors des lésions grossières comme l'hyperplasie du tissu conjonctif, l'épaississement des parois des vaisseaux, l'atrophie de certaines cellules sympathiques, leur rétraction dans la capsule endothéliale, leur chromatolyse, leur surcharge pigmentaire, l'amincissement du réseau fibrillaire, la fragmentation des trabécules avec élargissement du réseau, allant jusqu'à la vacuolisation vraie du protoplasma, lésions qui appartiennent à un processus chronique ; les autres lésions habituellement rencontrées, telles que l'infiltration leucocytaire des ganglions, l'augmentation de volume des cellules sympathiques avec chromatolyse, excentricité et déformation du noyau, l'épaississement, la fragmentation, la désintégration granuleuse des neurofibrilles jusqu'à leur disparition plus ou moins complète, paraissent dépendre, en proportions variées selon le cas, du processus général générateur de la D. P. et des infections à évolution plus ou moins aiguë concomitantes.

Cependant, on peut conclure que les ganglions sympathiques, quoique très différents par l'âge des sujets, ont, en général, dans les démences, la même sclérose conjonctive et une pigmentation plus ou moins marquée des cellules nerveuses.

(1) Al. Obregia et P. Pitulesco. — Studiu clinico-istologic asupra simpaticului solar in boabele mintale. Bucarest. Tipographia moderna, 1909, 1 vol. in-8 de 74 p. avec 37 figures.
(2) Spratling et Roswell Park. — Trois obs. de sympathectomie cerv. bilat. pour épilepsie ; notes sur les effets physiol. de la sec. du sympat. et sur les modifications histol. du cordon sympat. et de ses gangl. *J. of. Nerv. and ment. Diseases*, 1905. n° 4, p. 217.
(3) Laignel-Lavastine. — Thèse, 1903, p. 219.
(4) Laignel-Lavastine. — Thèse, 1903, p. 218.

CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL BEAUJON

Syringomyélie. Lésions et pathogénie

Par M. le Professeur **CH. ACHARD**.
Secrétaire général de l'Académie de Médecine.

Après avoir étudié dans les leçons précédentes la symptomatologie si complexe de la syringomyélie, après vous avoir indiqué sous quelles formes elle se présente au clinicien, je dois maintenant vous exposer sommairement les lésions de cette maladie afin de vous en expliquer les symptômes.

A l'autopsie des syringomyéliques l'extraction de la moelle n'est pas toujours facile à cause de la scoliose : c'est peut-être ce qui fait qu'autrefois la lésion n'était pas reconnue, parce que la moelle était en trop mauvais état et que la cavité était attribuée à une lésion artificielle et mécanique.

Il est rare qu'on trouve à la région cervicale, sous l'aspect d'une tumeur fusiforme, dure, fibreuse, enserrant la moelle,

(1) Voir *Progrès Médical*, janvier 1924.

© BIU Santé

la pachyméningite cervicale hypertrophique, décrite par Charcot et Joffroy en 1869 et qui, d'ailleurs, peut exister sans cavités médullaires.

Parfois on trouve, avec l'intégrité à peu près complète des méninges, une sorte de tuméfaction de la moelle cervico-dorsale, gonflée de liquide qui s'écoule par la section. Après l'extraction de la moelle, celle-ci s'aplatit sur la table d'amphithéâtre et ne conserve sa forme cylindrique que dans les parties respectées par la cavité. Quelquefois on sent au toucher dans ces parties une sorte de tige consistante qui donne l'idée d'un corps étranger inclus dans l'organe : c'est là que siège la néoformation décrite sous le nom de gliome.

Dans d'autres cas enfin, il n'y a pas de lésions très apparentes des méninges à l'œil nu, si ce n'est un peu d'épaississement ou de légères adhérences, et il n'y a pas non plus d'augmentation du volume de la moelle. Celle-ci paraît, au contraire, atrophiée, rétractée ; le renflement cervical ne se voit plus et, à son niveau, le cordon médullaire atteint à peine le diamètre de la région lombaire. La moelle s'affaisse comme un gros vaisseau vide de sang ; on y voit sur chacune des faces antérieure et postérieure une cannelure médiane, due à l'affaissement des cordons antérieurs et postérieurs : c'est l'aspect de la moelle en canne de Provence (Roussy), ou l'aspect des deux canons d'un fusil double.

La cavité ne peut être reconnue que sur les coupes de la moelle. Elle n'apparaît pas toujours sur la moelle fraîche, mais elle devient manifeste lorsqu'on fait flotter l'organe dans un liquide fixateur : aussitôt les parois s'écartent, le liquide remplit la perte de substance dont les bords semblent taillés à l'emporte-pièce. On reconnaît par des coupes étagées que la cavité peut émettre des prolongements anfractueux, des diverticules, qu'il y a parfois en quelques points plusieurs cavités communiquant en général entre elles. Tantôt la paroi est lisse et unie, tantôt parsemée de petits végétations papillaires, de colonnettes semblables à des replis ; il s'en détache des brides, des cloisons incomplètes.

La cavité s'étend sur une hauteur variable. Généralement elle siège à la région cervicale et dorsale supérieure. Quelquefois elle remonte dans le bulbe : c'est la syringobulbie, et même s'étend jusque sous le plancher du 4e ventricule, à la surface duquel on l'a même vue s'ouvrir. En bas elle descend plus ou moins dans la région dorsale. La région lombaire est le plus souvent indemne. On connaît cependant quelques cas où la cavité s'est exclusivement limitée à cette région, et même on l'a vue se poursuivre dans le cône terminal.

En largeur, la cavité, toujours primitivement centrale, peut atteindre en se développant la périphérie de la moelle.

C'est surtout sur les coupes préparées après durcissement pour l'examen histologique qu'on peut bien juger de la forme, des dimensions de la cavité, ainsi que de la structure de ses parois.

Lorsque la cavité est petite, on peut se faire une idée de son mode de début : elle siège le plus souvent en arrière du canal de l'épendyme, dans la commissure postérieure. Rarement elle naît dans la substance gélatineuse de Rolando (corne postérieure), ou dans la racine ascendante du trijumeau, toutes régions riches en névroglie. En s'étendant, elle détruit les tissus environnants ; c'est habituellement la commissure postérieure qui est d'abord atteinte, la commissure antérieure étant respectée. Ordinairement, la cavité s'étend des deux côtés dans la substance grise en prenant la forme d'une fente allongée ; puis elle envahit les cornes postérieures, qu'elle vide parfois en totalité. Les cornes antérieures sont atteintes assez fréquemment, mais à leur base, et presque toujours, il subsiste une partie plus ou moins importante de leur tête qui coiffe l'extrémité antérieure de la perte de substance. Plus rarement, une seule corne antérieure ou postérieure est atteinte ; mais on voit souvent la lésion affecter une topographie très variable suivant les régions de la moelle et, après s'être étendue à une grande partie de la substance grise au niveau de son maximum, elle peut, en s'effilant à sa terminaison, se limiter par exemple à une seule corne postérieure.

Le siège initial et prédominant de la lésion syringomyélique dans la commissure postérieure et dans les cornes postérieures rend bien compte du symptôme le plus caractéristique : l'anesthésie dissociée. En effet, les fibres ascendantes des racines postérieures se divisent en trois variétés qui conduisent des impressions sensitives différentes. Les fibres courtes, après un relai dans les cellules cordonales et la base de la corne postérieure, s'entrecroisent dans la commissure grise et passent du côté opposé pour se rendre dans le segment postérieur du faisceau antéro-latéral ascendant ; or ces fibres conduisent les impressions de la sensibilité douloureuse et thermique et, comme la lésion les détruit le plus souvent, on comprend l'analgésie et la thermoanesthésie. Les fibres radiculaires moyennes montent de 2 à 5 segments médullaires pour pénétrer jusqu'à la base des cornes postérieures, s'y articuler avec des neurones secondaires et s'entrecroisent dans la commissure pour atteindre du côté opposé le cordon sensitif antéro-latéral ; or elles conduisent la sensibilité tactile superficielle et comme elles sont moins directement atteintes en général, on comprend que la sensibilité au tact soit souvent conservée. Quant aux fibres radiculaires longues, elles remontent dans les cordons postérieurs ; or, elles conduisent la sensibilité profonde et comme elles sont très souvent respectées, cette sensibilité est elle-même habituellement intacte.

Voilà pourquoi l'anesthésie dissociée est un symptôme ordinaire dans la syringomyélie, avec une topographie radiculaire.

La forme, les dimensions de la cavité sont ainsi sujettes à de grandes variations, non seulement suivant les cas, mais encore dans la même moelle à diverses hauteurs. Tantôt la cavité est à peine visible à l'œil nu, tantôt elle est assez large pour admettre un crayon ou même l'extrémité du petit doigt. Au début elle est en général allongée transversalement : puis comme elle s'étend de préférence dans les cornes postérieures, elle prend une apparence incurvée à concavité postérieure ; lorsque les quatre cornes sont prises, elle figure une sorte d'H. D'autres fois, la cavité est arrondie, ovalaire, rectangulaire, réniforme, cordiforme ; il serait sans intérêt de multiplier ces comparaisons.

La substance blanche peut être intéressée par la perte de substance, surtout à la partie profonde des cordons postérieurs, contiguë à la commissure. Il peut arriver que la cavité atteigne la périphérie de la moelle, ce qui se produit surtout à la pointe des cornes postérieures.

La paroi de la cavité est parfois formée par une membrane mince et assez uniforme, tantôt par une masse irrégulière plus ou moins épaisse. Ce tissu pariétal est constitué par de la névroglie, dans laquelle on distingue un feutrage serré de fibrilles délicates avec des cellules de Deiters en proportion variable. Souvent, dans les parties où la masse pariétale a le plus d'épaisseur, le tissu est plus lâche, les fibrilles laissent entre elles des mailles remplies d'une matière hyaline ou finement granuleuse et la raréfaction du tissu peut être portée à un degré assez haut pour qu'il en résulte un aspect réticulé (tissu scléreux réticulé d'Hallopeau, myxogliome de certains auteurs). Enfin on peut trouver des lacunes sans stroma fibrillaire et remplies seulement d'une masse homogène comme un liquide coagulé.

© BIU Santé

Ces amas volumineux de névroglie, dans lesquels la cavité est petite, constituent ce que les auteurs désignent sous le nom de gliome. Cette masse névroglique peut d'ailleurs se prolonger sans se creuser de cavité, comme je vous l'ai dit, soit au-dessus, soit surtout au-dessous des limites de la perte de substance. Parfois cette masse névroglique est arrondie, à limites nettes, voire même énucléable, ou bien elle se prolonge en travées dans les parties voisines. Il y a d'ailleurs continuité entre la masse névroglique et les parois minces, membraneuses, également névrogliques, qui tapissent la cavité.

Dans toute cette névroglie hyperplasiée on peut rencontrer des granules pigmentaires, des globules sanguins extravasés, restes d'hémorragies capillaires qui semblent assez fréquentes. Les tubes nerveux y font défaut. Mais les vaisseaux sont souvent abondants et paraissent de formation nouvelle, ce qui a fait donner à l'hyperplasie le nom de gliome télangiectasique.

La paroi présente fort souvent des végétations, formées également de tissu névroglique. Dans sa plus grande étendue elle n'est tapissée par aucun revêtement cellulaire ; les faisceaux de fibrilles névrogliques sont en contact direct avec le contenu de la perte de substance ; mais il peut arriver qu'en certaines parties de son trajet, la cavité se confond avec l'épendyme et soit revêtue d'épithélium épendymaire.

Le plus ordinairement, comme je vous l'ai dit, le canal central reste complètement indépendant de la cavité qui est en arrière de lui. C'est la base de la distinction fondamentale entre l'hydromyélie et la syringomyélie.

Dans l'hydromyélie, la cavité n'est que le canal central distendu ; l'épithélium la tapisse, mais elle peut se prolonger en diverticules, également revêtus d'épithélium ; autour, les fibrilles névrogliques sont simplement tassées.

Dans la syringomyélie proprement dite, le canal central peut être plus ou moins modifié, oblitéré par des cellules tassées les unes contre les autres, ou bien dilaté, irrégulier, sinueux ; les cellules profondes peuvent être multipliées en amas ; des diverticules peuvent se former. De plus, on peut voir la cavité syringomyélique tapissée en certains points par l'épithélium épendymaire, mais non d'une façon continue comme dans l'hydromyélie, et c'est presque toujours à la partie antérieure de la cavité que se trouvent ces cellules épithéliales, parfois sur une très petite largeur, la cavité ayant probablement effondré la partie postérieure du canal.

Mais, parfois, les choses sont plus compliquées : ce revêtement épithélial peut se rencontrer à la partie antérieure de la cavité alors que le canal central subsiste intact en avant de celle-ci. J'ai vu aussi, en même temps qu'un revêtement épithélial sur la face antérieure de la cavité, un autre revêtement semblable, quoique moins étendu sur la face postérieure. On a supposé qu'il se formait des canaux centraux multiples ou des diverticules du canal central qu'envahissait secondairement la cavité. Il est possible qu'il en soit ainsi, mais il faut admettre de toute façon une prolifération de l'épithélium épendymaire. C'est probablement un exemple de la tendance que présentent les épithéliums à tapisser les surfaces dénudées, comme il arrive dans certains trajets fistuleux et dans l'épidermisation concentrique des ulcères.

On peut encore, mais plus rarement, trouver une partie de la paroi formée non par un tissu névroglique, mais par du tissu fibreux. J'ai vu, dans un cas, une partie de la paroi postérieure formée par la pie-mère, toute la partie postérieure de la moelle étant détruite. Une observation de MM. André Thomas et Quercy (1) décrit aussi des végétations conjonctives de la paroi en continuité avec les méninges.

La limite entre la néoformation névroglique et le reste de la moelle, parfois nette, est d'autres fois mal précisée, le tissu proliféré se fondant en quelque sorte dans le tissu normal. Aussi a-t-on décrit, outre un gliome circonscrit, semblable à une tumeur, un gliome infiltré ou diffus, encore appelé gliose (Schultze, Miura, Hoffmann).

Les lacunes dont je vous ai signalé la présence au voisinage de la masse névroglique et la désagrégation du tissu médullaire qui semble infiltré de liquide, contribuent très probablement à l'agrandissement de la cavité ; elles expliquent aussi la facilité avec laquelle on peut séparer et, parfois, énucléer cette masse névroglique du reste de la moelle.

Les vaisseaux, particulièrement dans la zone qui avoisine le tissu néoformé, sont souvent le siège d'altérations, qui consistent en épaississement scléreux, dégénérescence hyaline des parois, et même thrombose oblitérante. Je vous reparlerai, à propos de la pathogénie, de ces lésions vasculaires dont nous avons, avec Joffroy, signalé la fréquence et l'importance, ce que de nombreux auteurs ont confirmé par la suite.

En dehors de la cavité médullaire et du foyer des lésions de la substance grise, on peut constater encore des altérations, telles que les dégénérations secondaires, ascendantes ou descendantes, notamment dans les cordons postérieurs et, dans les cas de symptômes spasmodiques, dans les faisceaux pyramidaux.

Souvent la moelle est déformée, non seulement dans son ensemble par la réplétion ou la vacuité de la cavité, mais encore en certaines parties plus ou moins éloignées de cette cavité. Une moitié de la moelle peut être atrophiée, probablement par le mécanisme de la rétraction scléreuse, de sorte que les sillons médians se contournent en S. J'ai vu, avec Joffroy (2), l'atrophie d'une corne postérieure, qui se trouvait réduite à une mince bandelette de névroglie sclé-reuse au-dessus de la limite de la cavité.

Les méninges sont souvent épaissies, parfois assez pour que cette altération soit visible à l'œil nu. Ces lésions avaient été signalées par Köhler, Meyer, Vulpian ; Simon avait trouvé des plaques de méningite chronique ; Oppenheim, la méningo-myélite chronique ; Silcock, Galloway, Hochhaus, des adhérences méningitiques (3). Avec Joffroy, nous avons insisté sur la fréquence de ces lésions chroniques des méninges et plusieurs auteurs les ont mentionnées ensuite. Au plus haut degré, on trouve la pachyméningite cervicale, dont Charcot et Joffroy avaient fait un type morbide particulier. D'autres cas ont en été rapportés par Rosenblath, Kaiser et Kuchenmeister, Philippe et Oberthur, Geelviak, Alquier et Guillain (4). Ces altérations

(1) A. Thomas et Quercy. — Syringomyélie, hyperplasie de tissu conjonctif. *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct. 1912, p. 364.

(2) A. Joffroy et Ch. Achard. — Nouvelle autopsie de maladie de Morvan. Syringomyélie. *Arch. de méd. expérim.* 1891, p. 677.

(3) Köhler. Meningitis spinalis. Leipzig, 1861, p. 105. — Meyer. *Virchow's Arch.*, 1863, Bd. 27, p. 414. — Vulpian. *Arch. de physiol.*, 1869, p. 279. — Simon. *Arch. f. Psych.*, 1874, Bd. 5, p. 120. — Oppenheim. *Charité Ann.*, 1886, Bd 11, p. 409. — Silcock. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1888, vol. 39, p. 18. — Galloway. *Ibid.*, 1891. — Hochhaus. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, 1891, Bd. 47, p. 603.

(4) Charcot et Joffroy. — Deux cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la substance grise et des faisceaux antéro-latéraux de la moelle épinière. *Arch. de physiol.*, 1869, p. 354, 629 et 744. — A. Joffroy. De la pachyméningite cervicale hypertrophique. Thèse de Paris, 1873. — Rosenblath. Zur Casuistik der Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd 51, p. 210. — O. Kaiser et H. Kuchenmeister. Ueber einen Fall von Syringomyélie. *Arch. f. Psych.*, 1897, Bd 30 , p. 250. — Cl. Philippe et Oberthur. Syringomyelie et pachyméningite cervicale hypertrophique. *Soc. de neurol.*, 7 déc. 1899. *Rev. neurol.*, 1899, p. 907. — Geelviak. *Arch. f. Psych.*, 1901, Bd 34. — Alquier et G. Guillain. Etude anatomo-clinique d'un cas de syringomyélie spasmodique. *Rev. neurol.*, 15 juin 1906, p. 489.

© BIU Santé

méningées expliquent qu'on puisse trouver parfois, dans le liquide de la ponction lombaire, une légère lymphocytose et un peu d'excès d'albumine. Plusieurs auteurs mentionnent des lésions inflammatoires avec formation de lacunes dans les cornes antérieures (1).

Les lésions des cellules nerveuses se voient surtout dans les cornes antérieures et dans la colonne de Clarke.

Les racines, postérieures sont ordinairement saines, et les racines antérieures dégénérées proportionnellement aux lésions des cellules des cornes correspondantes (2).

On a trouvé quelquefois dans la moelle des formations constituées par des tubes nerveux à myéline, minces, en traînées ou et en nodules et qu'on a considérées comme des névromes de régénération médullaire (Raymond, Schlesinger, Seybel, Saxer, Herveroch, Bischofswerder, Hauser (3).

L'hydrocéphalie est mentionnée dans plusieurs observations (4).

Enfin on peut trouver à l'autopsie des lésions beaucoup plus complexes des centres nerveux et qui ne laissent pas que d'être souvent fort embarrassantes pour l'interprétation pathogénique.

Kiewlicz signale une myélite transverse et des foyers de sclérose multiples dans l'encéphale et la moelle; Miura, de la méningo-myélite et des malformations congénitales de la moelle ; Jegorow, une duplicité du canal central et du sillon antérieur (5).

Diverses tumeurs non gliomateuses (6) de la moelle et de l'encéphale ont été rencontrées : un sarcome fasciculé de la dure-mère par Schultze et par Kronthal ; des sarcomes mélaniques du 4e ventricule par Langhans ; une tumeur protubérantielle par Westphal, des psammomes cérébraux par Holmes et Kennedy ; un sarcome de la partie inférieure de la moelle par Orlowski ; des neurofibromes sur les racines spinales par Patoir et Raviart. J'ai trouvé, avec Joffroy, une télangiectasie veineuse de la partie supérieure de la moelle et d'un lobe occipital. Kaiser et Kuchenmeister ont aussi observé une télangiectasie de la région cervicale.

Schultze a vu l'envahissement du canal vertébral par un cancer ; Francotte, Schmaus, Fickler, la compression de la moelle par une lésion tuberculeuse du rachis. Dans un cas de Thomas et Hauser, la cavité syringomyélique était au-dessus de la compression pachyméningitique ; dans un autre, d'Alquier et Lhermitte, où la pachyméningite tuberculeuse siégeait à la région sacrée, la cavité siégeait à son niveau. Zenoni a observé la méningite tuberculeuse coexistant avec une syringomyélie (1).

Quant au système nerveux périphérique, il peut être également le siège d'altérations. Outre celles qui dépendent de l'atrophie des racines antérieures, on trouve aussi de véritables névrites périphériques sans rapport de continuité avec les lésions centrales et dont l'intensité décroît de la périphérie vers les centres. En cela, la syringomyélie ne diffère pas de la plupart des grandes affections spinales au cours desquelles on peut observer de semblables lésions. Dejerine (2) a signalé le premier la dégénération des nerfs cutanés en des régions où siégeait l'anesthésie dissociée. Je vous rappelle qu'on avait accordé une importance excessive, quant à la nature de la maladie, aux altérations des nerfs dans le syndrome de Morvan. Dans les 2 cas que nous avons étudiés avec Joffroy, nous avons, d'ailleurs, trouvé des lésions dégénératives et interstitielles (4).

A ce sujet je dois mentionner une particularité que nous avons observée dans ces deux cas, c'est la présence sur les nerfs de petits nodules conjonctifs adhérents à la face interne de la gaine lamelleuse et qui nous ont paru développés au niveau des vaisseaux intra-fasciculaires. Schultze avait aussi constaté des altérations semblables dans un cas de syringomyélie sans syndrome de Morvan, ainsi qu'Holschewnikoff dans un cas du type acromégalique. Mais je me hâte d'ajouter que ces nodules, d'abord n'ont rien de comparable aux névromes lépreux et puis n'ont rien non plus de spécial à la syringomyélie, car ils ont été signalés dans les nerfs altérés au cours du tabès par Westphal, Oppenheim et Siemerling, des polynévrites infectieuses par Rosenheim et par Stadelmann et Nonne, de la polynévrite alcoolique par Rakhmaninoff, ou encore dans des maladies où les nerfs n'étaient pas malades, telles que la myopathie par Schultze, Blocq et Marinesco, l'acromégalie par Arnold, le myxœdème spontané ou expérimental, le goitre et le crétinisme par Langhans et par Kopp, enfin même sur un certain nombre de cadavres sur lesquels Trzebinski en a fait systématiquement la recherche (4).

J'ajoute que les corpuscules de Meissner que j'ai exami-

(1) Gull. *Guy's Hosp. Rep.*, 1862, p. 224. — L. Clarke et Johnson. *Med. Chir. Trans.*, 1867, vol. 50, p. 489 ; et 1868, vol. 51. — Steudener. Beitrage zur Pathol. der Lepra mutilans, Erlangen, 1867. — Roth. *Arch. de physiol.*, 1878. — Schule. *Deutsches Arch. f. klin. med.*, 1877, Bd 20, p. 291. — Harcken. Beitr. zur Syringomyelie, Inaug.-Diss., Kiel, 1883 — Stadelmann. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, 1883, Bd 33, p. 133.

(2) Cette atrophie des racines antérieures avait été déjà constatée par Rullier, cité par Ollivier, d'Angers.

(3) A. Herverroch. Tumeur de la moelle épinière dans un cas de syringomyélie. *Rev. neurol.*, 30 août 1900, p. 790. — L. Bischofswerder. Névromes intra-médullaires dans 2 cas de syringomyélie avec mains succulentes. *Ibid.*, 1901, p. 178.

(4) Langhans. *Virchow's Arch.*, 1875, Bd 64, p. 175. — Bamberger. *Wien. med. Presse*, 1869, n° 28. — Schule. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, 1877, p. 271. — Lenhossek. *Œsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, 1859. — Guyrman. *Orvosi Hetilap*, 1889. — Vought. *New York med. Journ.*, 1892, p. 647. — J. Dejerine. *Soc. de biol.*, 1890, Mém., p. 1.

(5) Kiuwlicz. *Arch. f. Psych.*, Bd 20, p. 21. — Miura. *Virchow's Arch.*, 1889, Bd 117, p. 435. — Jegorow. *Soc. des neuropathol. de Moscou*, 16 nov. 1891, d'après *Neurol. Centralbl.*, 1891, p. 404.

(6) Schultze. *Arch. f. Psych.*, 1881, Bd 11. — Kronthal. *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 573, 606 et 633. — Langhans. *Virchow's Arch.*, 1881, Bd 85, p. 1. — Westphal. *Brain*, 1884. — G. Holmes et R. Forster Kennedy. *Brain*, févr. 1909, vol. 31, p. 493. — S. B. Orlowski. Soc. de neurol. et de psych. de Moscou, 28 nov. 1897, d'après la *Rev. neurol.*, 1898, p. 387. — J. Patoir et G. Raviart. Gliomes et formations cavitaires de la moelle. Neurofibromes radiculaires, névrite des sciatiques. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1901, p. 93. — A. Joffroy et Ch. Achard. *Ibid.*, 1891, p. 90. — Kaiser et Kuchenmeister. *loc. cit.*

(1) Schultze. *Virchow's Arch.*, 1882, Bd 37, p. 117. — Francotte. *Arch. de neurol.*, 1890, t. 19, p. 161 et 378. — Fickler. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1899, p. 1. — Schmaus, *Ibid.*, 1890. — A. Thomas et G. Hauser. Cavités médullaires et mal de Pott. *Rev. neurol.*, 1901, p. 117. — L. Alquier et Lhermitte. Mal de Pott et syringomyélie. *Ibid.*, 30 déc. 1906, p. 1141. — C. Zenoni. Di una forma di siringomielia vascolare con meningite tubercolare. *Morgagni*, mai 1900, p. 273.

(2) J. Déjerine. — Sur un cas de syringomyélie (gliomatose médullaire) suivi d'autopsie. *Soc. de biol.*, 1890. Mém p. 1.

(3) A. Joffroy et Ch. Achard. — *Arch. de médecine expérim.*, 1890, p. 540 et 1891, p. 677.

(4) Schultze. Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie. *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1888. BCd. 13, p. 543. — Holschewnikoff. Ein Fall von Syringomyelie und eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbundenen mit trophischen Störungen (Akromegalie). *Virchow's Arch.*, 1890, Bd 119, p. 10. — C. Westphal. Ueber eine eigenthümlichen Symptomcomplex bei Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks. *Arch. f. Psych.*, 1885, Bd 16, p. 496 et 778. — H. Oppenheim et E. Siemerling. Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenkrankungen. *Arch. f. Psych.*, 1887, Bd 18, p. 98 et 487. — Th. Rosenheim. Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplex Neuritis. *Ibid.*, 1887, Bd 18, p. 782. — I. Rakhmaninoff. Contrib. à la névrite périphérique. *Rev. de méd.*, 1892, p. 331. — Stadelmann. *Neurol. Centralbl.*, 1887, p. 385. — Stadelmann et Nonne. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, Bd 40, p. 62. — Schultze. Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressive Muskelschwund, 1886. — P. Blocq et G. Marinesco. Sur un système tubulaire spécial des nerfs. *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 juill. 1892, p. 661. — Arnold. *Ziegler's Beitr.*, Bd 10, p. 41. — Th. Langhans. Ueber Veränderungen in den peripherische Nerven bei Kachexia thyreopriva des Menschen und Affen, sowie bei Kretinismus. *Virchow's Arch.*, 1892, Bd 118, p. 318 et 369. — J. Kopp. Veränderungen in Nervensystem besonders in den peripherische Nerven des Hundes, nach Exstirpation der Schilddrüse. *Ibid.*, p. 290. — Trzebinski. Ueber circumscripte Bindegewebs hyperplasien in den peripherischen Nerven, besonders in dem Plexus brachialis. Inaug. Diss., Dorpat, 1888. — P Schultze. Ueber circumscripte Bindegewebs hyperplasien oder Bindegewebspindeln (Nodules hyalins von Renaut) in den peripherischen Nerven des Menschen. *Virchow's Arch.*, 1892, Bd 129. p. 170.

© BIU Santé

nés dans les deux cas de maladie de Morvan étaient généralement conservés, mais que dans un des cas j'ai pu constater leur disparition sur un doigt mutilé.

Vous voyez quelle diversité de lésions peuvent être rencontrées dans la syringomyélie, et vous pressentez combien il est malaisé d'interpréter leurs rapports mutuels. Aussi les discussions n'ont-elles pas manqué pour expliquer l'origine de la cavité.

Mais vous connaissez la plaisanterie qui consiste à définir la fabrication du canon en disant qu'il suffit de prendre un trou et de mettre du bronze autour. Eh bien ! pour faire une syringomyélie, c'est aussi ce qui est autour qui a le plus d'importance ; la cavité n'est que l'accessoire. Que nous apprend l'étude des parois de la cavité ? C'est qu'on y peut trouver l'épithélium épendymaire, ou un tissu névroglique en masse plus ou moins volumineuse et qualifié de gliome ou un tissu de sclérose névroglique qualifié de gliose avec des réactions inflammatoires et des troubles vasculaires. Toutes ces lésions ont servi de base à des théories pathogéniques.

Parmi les *théories épendymaires*, qui placent dans l'épendyme l'origine des syringomyélies, il en est qui invoquent un vice de développement congénital. Ce vice consisterait dans la fermeture imparfaite de la gouttière primitive qui, au lieu de subsister seulement à l'état de vestige sous la forme d'un étroit canal, demeurerait à l'état de cavité plus ou moins large. Aussi peut-on voir coexister le spina bifida, dans les cas de Redlich, Pagenstecher, Leyden, Schultze, Langhans, Dufour, Zenoni.

Dans l'hydromyélie vraie, qu'il convient d'abord de mettre à part, la cavité ronde, centrale, est tapissée d'épithélium, de même que les prolongements et diverticules qu'elle présente parfois ; la névroglie sous-épendymaire est constituée par des fibrilles simplement tassées qui se perdent insensiblement dans le tissu normal et les vaisseaux ne sont que peu altérés.

Mais certains auteurs ont admis que cette hydromyélie congénitale pouvait se compliquer. Suivant Leyden et Harcken (1883), l'absence d'épithélium sur la paroi résulte de la nécrose de cette paroi. La multiplicité des cavités s'explique, d'après Kahler et Pick (1879), par l'existence de plusieurs canaux centraux ou par celle des diverticules épendymaires. Kohler (1888) admet que la dilatation du canal se complique d'un processus destructeur comparable à celui de l'inflammation chronique.

Pour Schlesinger, une partie des syringomyélies relèvent de l'hydromyélie, mais il y a des formes de passage entre l'hydromyelie et le processus gliomateux, les dilatations et diverticules de l'épendyme pouvant être le point de départ d'une prolifération névroglique.

Weigert pense aussi que l'irritation épendymaire est suivie d'une réaction inflammatoire et d'une prolifération névroglique, mais il croit que cette irritation épendymaire peut être non seulement d'origine congénitale, mais encore acquise. Il y aurait donc une épendymite primitive.

Il se peut que cette opinion renferme une part de vérité. Nous avons observé avec Joffroy (1), chez un paraplégique un élargissement du canal central, avec formation de diverticules en doigts de gant et prolifération marquée de l'épendyme aux extrémités latérales de la cavité. Or, au contact des prolongements diverticulaires, ressemblant à des formations adénomateuses, la névroglie de la commissure postérieure se renflait en un bourrelet d'hyperplasie. Dans ce cas, où il n'y avait pas de syringomyélie véritable, il apparaît bien qu'une hyperplasie névroglique peut accompagner les modifications de l'épendyme.

Mais, d'autre part, on peut voir inversement l'épendyme se modifier à la suite de diverses lésions médullaires. Mis à part certains faits de disposition congénitale, il en est où l'on peut voir soit la multiplicité des canaux (1), soit des prolongements diverticulaires dont l'irrégularité, l'asymétrie, le rapport de siège avec les lésions de la moelle, dans des cas de mal de Pott, de tubercules de la moelle, donne à penser qu'il s'agit d'une altération secondaire. D'ailleurs, la multiplicité des canaux centraux a pu être observée à la suite d'expériences faites chez le triton et le lézard par par Müller, et chez le chien par Eichhorst, sur la régénération de la moelle (2).

En somme, il importe de maintenir la distinction entre l'hydromyélie et la syringomyélie ; mais en pratique cette distinction est parfois difficile et l'embarras des auteurs éclate dans certaines de leurs classifications. Chiari, par exemple, appelle bien arbitrairement hydromyélie toutes les cavités qui sont en rapport même accessoire avec le canal central, réservant le nom de syringomyélie à celles qui en sont complètement indépendantes. Schäffer et Preiss admettent une forme combinée dans laquelle une cavité hydromyélique coexiste avec une cavité syringomyélique indépendante, et une forme mixte, dite hydrosyringomyélie, où il y a confluence des deux sortes de cavités : satisfactions purement verbales qui ne résolvent rien du problème pathogénique. Enfin la théorie épendymaire est en contradition avec le fait que les lésions de la syringomyélie débutent le plus souvent en dehors de l'épendyme, soit en arrière de la commissure postérieure, soit en un autre point de la substance grise, par exemple dans la substance gélatineuse de Rolando.

La *théorie du gliome*, ébauchée par Grimm (1869), fut développée surtout par Ch. Simon (1874), puis par Westphal (1874), Schultze (1878-88), Roth (1878) et la plupart des auteurs allemands ; elle a été en France défendue par Déjerine. En sa faveur, l'on invoque les cas où la néoformation est circonscrite sous forme de nodule, où elle reste pleine dans une partie de son étendue en hauteur, refoulant les tissus au milieu desquels elle se développe, à la manière des tumeurs bénignes, et parfois même énucléable (3).

Toutefois, on conçoit mal par une fonte dégénérative de la tumeur, facilitée même par les altérations vasculaires, la

(1) A. Joffroy et Ch. Achard. — Contrib. à l'étude de l'inflammation de l'épendyme de la moelle épinière. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1895, p. 48.

(1) J. Wagner. — *Reichert's und Du Bois Reymond's Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1861, p. 735. — O. Schuppel. Notiz über ein eigenthümlicher Verhalten des Centralkanals im menschlichen Rückenmarks. *Arch. f. Heilk.*, 1864, Bd 5, p. 549. — Jolyet. Sur un cas d'anomalie du canal central de la moelle épinière. *C. R. de la Soc. de biol.*, janv. 1867, p. 7. — G. Harley et Lock. Clarke. *Lancet*, 3 oct. 1868, II, 451. — W. B. Kesteven. On the morbid histology of the spinal cord. *St. Barthol. Hosp. Rep.*, 1872, vol. 8, p. 15. — G. Hayem. Obs. pour servir à l'histoire des tubercules de la moelle épinière. *Arch. de physiol.*, 1873, p. 436. — Ch. Achard. Sur une anomalie de la moelle épinière : duplicité partielle du canal central. *Bull. de la Soc. anatom.*, 23 nov. 1888, p. 923.

(2) H. Muller. — Ueber Regeneration der Wirbelsäule und Rückenmarkes bei Tritonen und Eidechsen. *Abhandl. der Senckenbergischen naturforsch. Gesellsch.*, Franckfurt a M., 1864-65, Bd. 5 p. 113. — H. Eichhorst. Ueber Regeneration und Degeneration des Rückenmarkes. *Deutsche Zeitschr. f. klin. Med.*, 1880, Bd. 1, p. 316.

(3) Il y a des cas où le gliome existe sans syringomyélie : Schuppel. *Arch. f. Heilk.*, 1867, Bd 8. — E. K. Hoffmann. *Zeitschr. f. rat. Med.*, 1869, Bd 34, p. 188. — J. Sander. *Arch. f. Psych.*, 1869, Bd 2, p. 780. — Klebs. *Prag. Vierteljahreschr. f. prakt. Heilk.*, 1877, I, p. 74. — Ed. Bull. *Nordisk. Mag.*, 1881, Bd XI, p. 725, d'après *Schmidt's Jahrb.*, Bd 193, p. 236. — Lachmann. *Arch. f. Psych.*, 1882, Bd 13, p. 50. — Strumpell. *Deutsche Arch. f. klin. Med.* Bd 28, p. 43. — R. Volkmann. Beitrag zur Zehre von Gliom und der secundärer Degeneration. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 188, Bd 42, p. 433. — Daxenberger. Ueber Gliombildung und Syringomyelie im Rückenmark. Inaug. Diss., Erlangen, 1890. — Hochhaus. Zur Kenntniss der Rückenmarksgliom. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1891, Bd 47, p. 603. — Nonne. Soc. des méd. de Hambourg, 14 juin 1892.

© BIU Santé

formation d'une cavité dont la paroi est souvent en bien des points mince et scléreuse comme une cicatrice névroglique. Que serait-ce qu'une tumeur qui se détruirait et se cicatriserait elle-même ? De plus, la forme nodulaire n'est pas constante ni l'isolement de la masse néoplasique, car bien souvent, alors même que sur une certaine partie de son étendue, cette masse est bien séparée des tissus voisins, sur d'autres, la névroglie qui la constitue se perd insensiblement dans les parties avoisinantes. C'est pourquoi l'on a été conduit à créer, à côté du mot gliomatose qui exprime un néoplasme, celui de gliose qui signifie sclérose névroglique. Le fait que la masse névroglique est isolable ne prouve nullement non plus sa nature de néoplasme, mais indique seulement une consistance très différente de celle du tissu ambiant, souvent raréfié par des lacunes, de l'œdème, des hémorragies. Et puis la disposition si curieuse de cette hyperplasie névroglique, toute en hauteur et d'une façon presque systématique dans la substance grise, est bien insolite dans les tumeurs. On voit, sans doute, dans les gliomes encéphaliques, des cavités, mais ils n'ont nullement une disposition topographique du même genre et leur cavité n'est pas non plus limitée par une paroi aussi distincte, leur structure est beaucoup plus cellulaire et beaucoup moins fibrillaire.

La *théorie myélitique* a été formulée en 1869 par Hallopeau qui admettait le développement d'une myélite périépendymaire avec ramollissement nécrotique formant la cavité. Avec Joffroy, en 1887, nous avons repris cette théorie en attribuant aussi la formation de la cavité à la nécrobiose produite par les lésions vasculaires que nous avions constatées. A l'appui de cette théorie de la myélite cavitaire, nous avons fait valoir l'existence des rétractions scléreuses de la moelle, des atrophies cicatricielles des cornes postérieures, des lésions méningitiques. On a objecté contre elle la rareté des formations cavitaires dans les myélites chroniques ordinaires, l'absence parfois des lésions vasculaires, l'absence de corps granuleux dans les lésions. Mais depuis, un certain nombre d'auteurs ont trouvé des cavités dans des foyers de myélite : Alquier et Guillain (1906) les ont attribuées à la myélomalacie par lésions vasculaires ; Thomas et Hauser en ont vu dans la myélite pottique et l'on a été amené à faire une place, parmi les cavités médullaires, aux lacunes résultant des lésions artérielles, et à vrai dire beaucoup plus restreintes que les cavités syringomyéliques (1). La grande fréquence et l'importance des altérations vasculaires est attestée par une série de travaux, notamment ceux de Westphal, Geelviak, Thomas, Hauser et Taylor, Alquier et Guillain, Thomas et Quercy. Quant à l'absence de corps granuleux, elle s'explique sans peine par le siège des lésions dans la substance grise dépourvue de myéline et par la lenteur extrême du processus destructeur.

La formation de la cavité a été attribuée à une désintégration granuleuse par Charcot et Joffroy (1869), à une dégénérescence colloïde par Steudener, à une dégénérescence hyaline par Berkley, à un ramollissement médullaire par Schüppel, Leyden, Erb.

Divers auteurs, après Nonat (1838), ont invoqué à l'origine de la cavité une hémorragie suivie de résorption (Schüppel, Lenhossek, Leyden, Erb, Stadelmann, Köppen) ; mais si l'on peut voir, en effet, se produire à la suite de l'hématomyélie des lacunes, encore faut-il éviter de prendre pour la lésion primitive des hémorrhagies qui se produisent secondairement dans les parois des cavités syringomyéliques.

Un rôle important est accordé à la compression de la moelle dans la formation de la cavité par un certain nombre d'auteurs. Schäffer et Preiss pensaient qu'une stase du liquide épendymaire pouvait produire l'hydromyélie. Mais c'est surtout Langhans qui, à l'occasion de syringomyélies avec coexistence de tumeurs dans la région de l'isthme de l'encéphale, développa la théorie qui faisait de la stase du sang et du liquide céphalo-rachidien la cause de la cavité produite dans la commissure en raison de l'existence de veines volumineuses de chaque côté du canal central. Cette théorie se concilierait bien avec les cas où l'on trouve une dilatation du canal central et de l'hydrocéphalie (Gerlach-Wold, Bulard et Ch. Horner). Elle s'accorde aussi avec les faits expérimentaux de Leyden, de Kronthal, de Eichhorst et Naunyn, de Rosenbach et Schtscherbak, de Lhermitte et Boveri qui ont produit des cavités et la dilatation du canal central au moyen de compressions médullaires lentes.

A vrai dire, cette théorie peut convenir pour expliquer accessoirement la formation secondaire de la cavité, mais ne rend pas bien compte, en tant que cause primitive, de la néoformation névroglique.

Les troubles de la circulation artérielle jouent aussi un rôle dans la formation de la cavité, et la disposition des artères a été invoquée pour expliquer son siège. Pour Wichmann, la cavité se forme dans un territoire situé à l'extrémité des rameaux longs et grêles des artères interfuniculaires d'Adamkiewicz (situées dans les cordons postérieurs, entre les faisceaux de Burdach et de Goll) et de l'artère médiane postérieure (cheminant dans le sillon postérieur). Avec Joffroy nous avons mis en cause les altérations des artérioles qui entourent le canal central, principalement celles qui sont situées à droite et à gauche de l'épendyme et d'où partent les ramuscules destinés à une partie des cornes postérieures. Comme ces vaisseaux forment un système dans toute la hauteur de la moelle, si leur altération se poursuit sur une certaine étendue, la cavité se prolonge dans le même sens.

Vous voyez combien le problème pathogénique de la syringomyélie a exercé la sagacité des chercheurs, mais combien on est loin de s'entendre sur une interprétation satisfaisante. Aussi les auteurs classiques, ayant la tâche d'écrire une histoire didactique de cette maladie, ont-ils recours au procédé, classique également, de masquer le plus possible la difficulté en admettant plusieurs variétés pathogéniques de syringomyélie, il serait plus exact de dire cœlomyélies. Il y aurait donc des hydromyélies, des syringomyélies par gliomatose, des syringomyélies par gliose, des syringomyélies par stase, des lacunes myélomalaciques, des lacunes par hématomyélies.

Le malheur est que cette simplification éclectique qui prétend accorder tout le monde ne satisfait en réalité personne. Elle ne supprime aucunement la difficulté, car on peut voir sur la même moelle presque toute la série des altérations pour lesquelles on invoque ces mécanismes différents. C'est un fait sur lequel insistaient récemment encore MM. Pierre Marie et Foix, en montrant sur la même moelle, suivant la hauteur de la lésion, les aspects de l'hy-

(1) Risler a décrit des lacunes des cornes antérieures dans la poliomyélite antérieure chronique. J'en ai observé une avec Joffroy en ce même point dans un cas de paralysie infantile fort ancienne. Jegorow dans un cas de myélite syphilitique a vu des fentes dans la névroglie hyperplasiée.

(1) Leyden. *Traité clin. des mal. de la moelle épinière*, trad. franç., Paris, 1879, p. 699. — P. Kronthal. *Neurolog. Centralbl.*, 1889. — P. Rosenbach et A. Schtscherbak. *Virchow's Arch.*, 1890, Bd 122, p. 56 — J. Lhermitte et P. Boveri. Sur un cas de cavité médullaire consécutive à une compression bulbaire chez l'homme et étude expérimentale des cavités spinales produites par la compression. *Rev. neurol*, 13 mars 1912, p. 385.

© BIU Santé

dromyélie, du gliome et de la syringomyélie proprement dite.

Sans doute il convient de séparer, de par l'anatomie pathologique et la pathogénie, l'hydromyélie, les lacunes consécutives à la myélomalacie ou à l'hématomyélie. Mais en ce qui concerne le plus grand nombre des syringomyélies proprement dites, il y a peut-être lieu de songer à des processus pathogènes qui ne porteraient pas aussi électivement sur le tissu névroglique qu'une tumeur. Sans doute on peut dire qu'il n'est peut-être pas plus facile de distinguer le gliome de la gliose que certains lipomes de la simple adipose ; mais il y a des processus morbides qui ne s'attaquent pas qu'à un seul tissu, qui entraînent la formation de productions nodulaires et qui aboutissent à la formation de cavités. Les formations nodulaires de la syphilis, de la tuberculose, des mycoses, sont de cet ordre Ne peuvent-elles engendrer des hyperplasies, parfois même des formations œdémateuses, des nécroses, des cicatrices ? On commence à connaître un certain nombre de virus névrophiles à marche lente qui se fixent d'une manière tout à fait élective dans les centres nerveux. En est-il un ou plusieurs autres qui puissent produire la série des lésions rencontrées dans la syringomyélie ? On s'expliquerait mieux, assurément par une cause virulente que par une tumeur cette diversité de lésions et particulièrement l'artérite, la pachyméningite, la rétraction atrophique de certaines parties de la moelle.

L'absence de toute lésion viscérale particulière rapprocherait ce virus hypothétique de ceux de la sclérose en plaques, de l'encéphalite léthargique, de la poliomyélite aiguë qui sont strictement névrophiles.

L'ÉTIOLOGIE ne nous fournit guère de données bien précises ni probantes.

La maladie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, 3 fois plus selon Roth, 2 fois plus selon Wichmann. Pour ce qui est de l'âge, c'est souvent dans le jeune âge qu'elle débute, et il est vraisemblable qu'elle commence encore plus tôt que ne le fait supposer le début apparent. Une statistique de Schlesinger (1) montre le maximum des cas entre 10 et 40 ans et surtout entre 20 et 30. On en a vu des cas dès la première enfance : je vous ai cité déjà le début à 3 ans (Kaiser et Küchenmeister), à 4 ans (Thomas), à 6 ans (Fletcher), à 9 ans (Bourneville). On connaît aussi des cas familiaux de Ferranini (mère et 3 fils), de Verhogen et Van derVelden (3 frères et sœurs), de Préobrajenski (père et 2 filles), de Nalbandoff (mère et fils), de Clarke et Groves (frère et sœur). Tous ces cas, à début précoce et à caractère familial, ont été invoqués à l'appui de la théorie de l'hydromyélie et du vice de conformation initial. Mais peut-être y aurait-il lieu d'envisager une influence prédisposante des imperfections congénitales qui faciliterait l'action ultérieure d'un processus surajouté exogène ; et peut-être les cas familiaux ne seraient-ils parfois que des exemples de transmission familiale d'un virus.

Je ne vous indiquerai que pour mémoire l'influence bien vague et banale qu'on a prêtée au froid, à l'humidité, à la fatigue, à la grossesse.

(1) Voici cette statistique :

	hommes	femmes	total
1 à 10 ans	4	1	5
11 à 20 ans	36	8	44
21 à 30 ans	53	25	78
31 à 40 ans	30	12	42
41 à 50 ans	4	7	11
51 à 60 ans	3	3	6
61 et plus	3	1	4
	133	57	190

Les intoxications, notées quelquefois, ont peut être une influence aggravante sur la lésion. Un malade de Déjerine manipulait du vert de Schweinfurt, un autre de Jacquet, avait eu une piqûre de scorpion (1).

Les infections apportent une donnée intéressante ; mais elles agissent probablement plus comme cause favorisante que par leur virus propre car il s'agit d'infections variées : rhumatisme aigu, pneumonie, blennorragie, fièvre intermittente. On a signalé quelquefois la syphilis, qui peut engendrer la pachyméningite (de Keyser, Holmes et Kennedy).

Je ne reviens pas sur ce que je vous ai dit de la lèpre, dont les lésions spinales diffèrent de celles de la syringomyélie.

Enfin le traumatisme est signalé dans nombre d'observations. Agit-il en produisant une hématomyélie ? Souvent il s'agit d'un traumatisme vertébral, d'une chute sur le dos. Mais il est possible que, comme il arrive souvent en pathologie, notamment pour la tuberculose et le cancer, le traumatisme révèle et aggrave une lésion préexistante.

Plus digne d'attention est le rapport signalé par M. Guillain (2) entre les traumatismes périphériques, ceux des mains en particulier, et le développement des lésions médullaires par la voie de névrites ascendantes ou plus généralement par voie nerveuse. Sans doute il importe de ne pas considérer comme l'origine possible de la lésion médullaire des infections traumatiques développées à la faveur du trouble trophique dans des régions analgésiques, comme le panaris de Morvan ; en pareil cas il est évident que le traumatisme est survenu au cours d'une lésion médullaire plus ou moins latente, mais déjà certaine ; c'est ce qu'ont fait remarquer, en rapportant des faits de ce genre, Villaret et Faure-Beaulieu, Meuriot et Lhermitte ; dans une observation de Sicard, la névrite ascendante est signalée comme non douloureuse. Mais il y a, par contre, des cas, tels que ceux de Gordon, de Guillain et Dubois, où il n'en est pas de même et où les troubles sensitifs ne sont apparus qu'après les traumatismes (3).

La question n'est donc pas résolue, mais elle est posée. L'attention des observateurs doit se porter sur ce point très intéressant d'étiologie, aujourd'hui surtout que nous connaissons un certain nombre de virus névrophiles qui se propagent par la voie des nerfs.

Le TRAITEMENT de la syringomyélie se ressent des incertitudes de sa pathogénie. Aussi est-il à peu près exclusivement symptomatique.

Contre la parésie et l'atrophie musculaire, il est classique de prescrire les toniques et l'électrisation.

L'anesthésie dissociée ne peut être atténuée par aucun médicament. Mais, comme l'analgésie expose à des traumatismes souvent graves, il importe de recommander aux malades de les éviter avec le plus de soin possible.

Les troubles trophiques et particulièrement les panaris de Morvan et les phlegmons réclament des soins chirurgi-

(1) J. DEJERINE et SOTTAS. *C. R. de la Soc. de biol.*, 23 juill. 1892, p. 716. — L. JACQUET. *Ibid.*, 1890, p. 25.

(2) G. GUILLAIN. Thèse de Paris. — VILLARET et FAURE-BEAULIEU. Syringomyélie et traumatisme. Réun. méd. chir. de la 16e région, 9 oct. 1918. *Montpellier médic.*, 1918, p. 405. — H. MEURIOT. et J. LHERMITTE. Sur un cas de syringomyélie consécutive en apparence à une blessure de guerre. Soc. de neurol., 10 janv. 1918. *Rev. neurol.*, 1918, p. 53. — SICARD. Névrite ascendante et syringomyélie consécutive. Soc. de neurol., 6 juill. 1905. *Rev. neurol.*, 1905, p. 759. — A. GORDON. Philadelphia neurol. Soc., 23 oct. 1908, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, févr., 1909, p. 106. — G. GUILLAIN et J. DUBOIS. Syringomyélie consécutive à une infection périphérique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris*, 3 avril 1914, p. 634.

(3) E. Greaves FEARNSIDES. (*Proc. of the Roy. Soc. of med. of London*, 4 mai 1911, p. 34) a rapporté un cas de syringomyélie débutant après une blessure de la main et aggravée ensuite par un choc sur l'épaule : on y pourrait voir le double mode d'action du traumatisme.

© BIU Santé

caux. Mais avec d'autres médecins, j'estime qu'il faut être sobre d'interventions et se borner au minimum. Peut-être se hâte-t-on un peu trop de faire des amputations de doigts ou même de la main, comme vous l'avez vu chez nos deux malades. L'un d'eux, la première fois qu'il vint nous consulter, réclamait l'intervention parce que, prétendait-il, on ne l'avait pas opéré assez tôt des accidents qui avaient motivé les deux amputations de doigt qu'il avait subies ; or nous lui avons prescrit, malgré ses instances, de simples pansements de la blessure avec une pommade antiseptique au baume du Pérou, et il guérit assez vite. La seconde fois, lorsqu'un phlegmon de la main se fût produit après une brûlure, nous avons attendu que le pus fût collecté et nous l'avons adressé au chirurgien en lui signalant l'intérêt que nous croyions devoir attacher à une intervention très mesurée : une simple incision fut faite et malgré l'abondance du pus, la distension de la poche et la friabilité des tissus, la cicatrisation s'est bien faite et même la main est moins volumineuse, moins succulente qu'avant la complication. Mais pour éviter le retour de ces accidents qui chez ce malade se sont répétés avec une fâcheuse fréquence, nous lui avons recommandé de prendre soin à l'avenir de s'enduire fréquemment la main d'huile goménolée, espérant éviter de cette manière les excoriations, les petits traumatismes qui sont l'origine des panaris et des abcès.

La chirurgie a tenté des opérations sur la moelle. Elles ne paraissent pas recommandables. Abbe et Coley (1) ont publié le cas d'un malade chez qui, pensant à une tumeur de la moelle, on avait trépané la colonne vertébrale de la 9e à la 11e dorsale et ponctionné la moelle, dont on avait retiré un peu de sérosité sanguinolente ; après une amélioration passagère, le malade mourut. Fischer a ouvert le rachis et la moelle et passé une sonde dans la cavité en haut et en bas : il signale une amélioration (2).

La radiothérapie a été appliquée à la syringomyélie par Raymond et Delherm (3), puis par de nombreux auteurs qui en ont rapporté des résultats favorables. Ce sont surtout les troubles sensitifs et dans une certaine mesure les parésies qui sont influencées. Les irradiations sont faites obliquement sur le rachis, afin d'éviter l'écran des apophyses épineuses. Il convient de les pratiquer non seulement au point où se trouve le maximum des lésions probables, mais, suivant H. Claude, sur une grande hauteur de la moelle. Sicard pense que l'irradiation faite par la brèche d'une laminectomie préalable est plus efficace.

Le radium a donné aussi des résultats favorables à Robin et Cawadias, à Mme Fabre et Touchard.

(1) R. Abbe et W. B. Coley. — *Journ. of the nerv. and ment. dis* 1892 p. 512.

(2) Ed. Fischer. — *Journ of the Amer. med. Assoc.*, 15 sept. 1917, p.889.

(3) Delherm. — Electrothérapie dans la syringomyélie. Rapport au 3e *Congr. de physiothérapie*, Paris, avril 1911. — L. Duhain. Le traitement radiothérapique et radiumthérapique de la syringomyélie. *Ibid.* — A Robin et Cawadias. Syringomyélie traitée par le radium. Soc. de neurol. 6 mars 1913. *Rev. neurol.*, 1913, p. 431.

Concours d'infirmières militaires. — Un concours d'infirmières militaires sera ouvert à l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon, le 8 avril 1924, à 14 heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmières militaires (cadre permanent).

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du service de santé, 3, place Saint-Jean à Lyon ou aux médecins-chefs des places d'Annecy, Bourgoin, Gap, Montélimar, Romans, Vienne, Grenoble, Chambéry, Briançon, Valence.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. P. LEREBOULLET

La pleurésie aiguë chez l'enfant

Je veux aujourd'hui vous exposer rapidement quels sont les caractères cliniques des pleurésies aiguës chez les enfants, particulièrement des pleurésies séro-fibrineuses, réservant à une prochaine leçon l'étude de leur pronostic et de leur traitement. Les pleurésies séro-fibrineuses, en effet, existent chez les enfants comme chez l'adulte, mais elles sont peut-être plus rarement primitives chez eux, moins nettement individualisées, et justifient particulièrement le mot de Lasègue : « La pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre ». En effet, chez l'enfant la pleurésie n'est souvent pas une maladie primitive de la plèvre mais une réaction de la plèvre à une affection sous-jacente ou à une maladie générale ; qu'il s'agisse d'une pleurésie survenant du fait de la tuberculose (comme c'est le cas pour la plupart des pleurésies dites séro-fibrineuses de l'enfance), d'une pleurésie rhumatismale, d'une pleurésie apparaissant au cours de la pneumonie — je vous cite ces trois étiologies comme étant les plus fréquentes —, qu'il y ait enfin (ce qui est plus rare) pleurésie au cours de différentes maladies de l'enfance, comme la rougeole, la diphtérie ou la scarlatine, dans tous les cas, la pleurésie n'est qu'une réaction de la plèvre, ne constituant que pour un temps une maladie isolée et prédominante. Néanmoins il y a souvent lieu de lui attribuer une importance spéciale et il y a des pleurésies séro-fibrineuses avec épanchement qui, par leur prédominance clinique, sont bien la maladie qu'il faut observer et traiter.

La pleurésie séro-fibrineuse est, chez l'enfant, d'autant plus fréquente que l'enfant avance en âge. Elle n'est pas commune chez le nourrisson.

On a rapporté toutefois (notamment le professeur Hutinel) quelques observations de ce genre. Chez le nourrisson et le jeune enfant, c'est plutôt la pleurésie purulente qu'on rencontre. A partir de l'âge de dix ans, en revanche, la pleurésie séro-fibrineuse semble plus fréquente que la purulente. Les pleurésies séro-fibrineuses sont le fait, avant tout, de la tuberculose, la conséquence du rhumatisme dans un certain nombre de cas, quelquefois celle d'une pneumonie concomitante, et il est assez difficile de les diagnostiquer dans nombre de circonstances, parce que, dans la pleurésie de l'enfance, il y a participation ordinaire et fréquente du poumon ; on peut entendre des râles dus à la congestion pulmonaire sous-jacente et ces manifestations égarent parfois le diagnostic.

Le petit malade qui est couché devant vous me permettra de vous montrer les traits caractéristiques de la pleurésie aiguë chez l'enfant. Ce garçon de 15 ans est entré successivement dans divers services puis a passé au pavillon de la diphtérie, où je l'ai d'abord observé. Entré le 3 février 1923, salle Guersant, il y avait contracté une scarlatine et *à priori* on pourrait croire que sa pleurésie est secondaire à une scarlatine. En réalité, elle ne reconnaît nullement cette étiologie, d'ailleurs exceptionnelle.

© BIU Santé

L'enfant est sorti le 7 avril du service de la scarlatine, alors que depuis plusieurs jours il se plaignait de douleurs dans le côté. Revenu chez lui, son point de côté s'est accentué, s'est accompagné d'une fébricule, d'anorexie, de malaise. Il est rentré à l'hôpital, dans le service de M. Nobécourt.

Bien que le début apparent de son affection remontât à peine à 6 jours, on constatait déjà du côté droit une grosse matité à la partie inférieure du poumon ; sa limite supérieure, plus élevée vers l'aisselle, répondait à la courbe parabolique classique de Damoiseau ; on notait l'abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, et à la limite supérieure on percevait quelques frottements pleuraux, avec un léger souffle ; en avant sous la clavicule droite, on constatait du skodisme.

La température oscillait autour de 38°, le pouls à 108, la respiration seulement à 24. On notait une toux légère et quinteuse, sans expectoration. Le cœur ne semblait pas déplacé, la pointe battait dans le 4e espace, au-dessous du mamelon. On fit une ponction exploratrice, qui révéla la présence du liquide séro-fibrineux, ; l'examen cytologique le montra riche en lymphocytes.

Le diagnostic n'était pas douteux, il s'agissait d'une pleurésie de moyenne abondance occupant la partie inférieure de la plèvre droite.

Cette pleurésie évolua et le 18 avril, on constatait un certain degré d'abaissement du foie, la matité verticale atteignant 23 cm. sur la ligne mamelonnaire.

Les signes physiques étaient les mêmes, plutôt plus nets et l'étude de l'influence des changements de position du malade sur la matité montrait, par ses modifications, qu'il y avait dans la grande cavité pleurale un épanchement mobile.

L'examen radioscopique confirmait le diagnostic clinique et permettait de constater une large opacité des deux tiers inférieurs du poumon droit, avec immobilité absolue de l'hémithorax droit, des côtes et du diaphragme.

Puis l'enfant, le 20 avril, fit une diphtérie ou du moins une angine blanche, nécessitant son passage dans notre service au pavillon de la diphtérie. Un examen attentif permit de voir qu'il s'agissait d'une angine banale chez un porteur de germes, angine bénigne, qui guérit en deux jours. Elle n'exerça aucune influence fâcheuse sur l'évolution de la pleurésie.

L'épanchement a peu à peu disparu. Actuellement nous constatons encore de la matité ; mais nous ne notons plus de souffle pleurétique, ni d'abolition des vibrations thoraciques ; on peut entendre, par contre, une zone de frottement très étendue. A la radioscopie, on constate que l'épanchement est beaucoup moins abondant. La maladie est en voie de complète résolution.

C'est un exemple de pleurésie classique à épanchement, ayant évolué normalement, en un mois. Je vous en présente un second qui n'en diffère que par la persistance un peu plus longue des signes physiques, mais dans lequel le diagnostic n'est pas moins évident.

***

Je vais revenir sur quelques-uns des signes qui traduisent la pleurésie chez l'enfant, en vous montrant qu'ils sont les mêmes que chez l'adulte, mais du fait, d'une part, de l'anatomie et de la physiologie de l'enfant, de la façon dont il meut son thorax, et du fait, d'autre part, de ce caractère que la pleurésie chez l'enfant n'est pas seulement une maladie de la plèvre, mais s'accompagne toujours de congestion pulmonaire, on peut plus facilement que chez l'adulte méconnaître cette affection.

Voyons d'abord le *début*. Comme vous l'avez vu chez cet enfant, la maladie a débuté par un point de côté, du malaise, de la fièvre, de l'anorexie ; c'est le début classique, dans lequel on a facilement l'attention attirée sur l'appareil thoracique. Mais il y a des cas où le début est seulement marqué par des manifestations d'ordre général, par de la céphalée, des manifestations nerveuses qui quelquefois en imposent pour un début de méningite. Dans d'autres cas, la pleurésie, comme la pneumonie, débute par un point de côté anormalement situé, notamment un point de côté abdominal. De même qu'il y a une pseudo-appendicite pneumonique, de même on a pu décrire une *pseudo-appendicite pleurétique*. Dans d'autres cas encore, la maladie débute par un gros accès de fièvre intermittente qui en impose pour une atteinte palustre.

Il y a donc parfois un début un peu anormal par le caractère de la douleur ou des symptômes généraux. Mais le début est aussi quelquefois complètement latent, la pleurésie passe alors inaperçue. Lorsqu'un enfant présente une douleur sans cause appréciable ou nette, sourde mais persistante, méfiez-vous de la possibilité d'une atteinte de la plèvre. J'ai vu plusieurs exemples semblables, dans lesquels une douleur sourde avait précédé de quelques jours ou de quelques semaines l'éclosion des phénomènes pleuraux.

Après cette période de début, brutale ou progressive, manifeste ou latente, l'épanchement se constitue, et se traduit alors, d'une part, par des *symptômes généraux*, un peu de fièvre, une fatigue plus ou moins marquée, une altération de l'état général, symptômes qui sont essentiellement trompeurs et souvent assez minimes malgré un épanchement abondant ; d'autre part, par des *signes physiques* du côté du thorax, des *symptômes fonctionnels*, assez trompeurs eux aussi, et des *symptômes à distance* tenant à la compression des organes voisins, qui aident à faire le diagnostic de l'abondance de l'épanchement.

Ce qu'il faut savoir, c'est que volontiers, en raison de l'état du poumon sous-jacent, les symptômes physiques ne sont pas chez l'enfant aussi nets, aussi caractéristiques que chez l'adulte, il peut y avoir, notamment, des *signes pseudo-cavitaires*, donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

Passons en revue ces signes physiques On a insisté sur l'ampliation thoracique ; chez l'enfant comme chez l'adulte, l'épanchement peut augmenter le périmètre thoracique du côté de la pleurésie, mais tandis que la respiration supplémentaire du côté opposé, chez l'adulte, ne modifie pas beaucoup l'état du thorax chez l'enfant, au contraire, le thorax se dilate facilement, si bien qu'on peut voir le côté sain plus développé que le côté malade. Si donc il faut chercher par la mensuration bilatérale du thorax s'il y a une augmentation de périmètre du côté malade, il ne faut pas s'étonner de ne la trouver que rarement.

On trouve souvent l'abolition des vibrations thoraciques, mais elle est difficile à chercher chez les jeunes enfants. D'autre part, même quand on peut faire compter l'enfant, on ne doit pas être surpris que les vibrations ne disparaissent pas complètement malgré l'existence du liquide. Dans la pleurésie de l'enfant, cette disparition est rarement aussi nette que chez l'adulte.

On peut tenir compte de la recherche de la *fluctuation intercostale*, signe indiqué par l'Ecole lyonnaise, notamment par M. Chalier, de Lyon, mais c'est une recherche délicate qui ne donne de résultats que dans certains

© BIU Santé

épanchements ayant une tension particulièrement marquée.

A la *percussion*, la constatation d'une *matité* compacte, hydrique, a une grande valeur pour le diagnostic de la pleurésie, surtout chez l'enfant, et tout particulièrement ce signe a de l'importance dans les pleurésies purulentes post-pneumoniques. C'est un signe qui souvent commande la ponction exploratrice.

Dans la pleurésie de la grande cavité, chez l'enfant, on constate une matité qui répond au type classique, avec la courbe parabolique de Damoiseau, mais en raison de la participation du poumon, il arrive parfois que le contour supérieur de la ligne de matité n'est pas aussi nettement limité. En tout cas, cette matité, avec perte d'élasticité au doigt, est un excellent signe d'épanchement. M. Mouriquand a insisté à juste titre sur la prédominance de cette matité dans la région axillaire.

Le professeur Pitres, de Bordeaux, a bien montré l'importance du *dénivellement du liquide* sous l'influence des changements de position de l'enfant. Si après avoir fixé le niveau supérieur du liquide en avant, dans la situation couchée, on fait pencher le malade en avant, le liquide, s'amassant dans la partie antérieure du thorax, remonte plus haut de quelques centimètres. Ce dénivellement est très important pour distinguer une pleurésie d'une congestion pulmonaire ou d'une pneumonie ; souvent il m'a aidé à ce diagnostic ; il coïncide fréquemment avec un épanchement assez modéré. C'est un des éléments du syndrome du *poumon plongeant*, qui n'est pas exceptionnel chez l'enfant.

A l'*auscultation*, vous constatez la diminution et la disparition du murmure vésiculaire dans toute la région où il y a du liquide ; il est remplacé par un *souffle* n'ayant pas tous les caractères du souffle pleurétique ; souvent un peu aigre, il n'est pas toujours voilé et lointain.

Il existe à la partie supérieure de l'épanchement, où il fait place au silence respiratoire complet, quand l'épanchement est plus abondant. Ce n'est toutefois pas le silence respiratoire qui est caractéristique chez l'enfant ; au contraire, souvent il faut faire le diagnostic de pleurésie, malgré la présence d'un murmure respiratoire marqué. Rilliet et Barthez y ont depuis longtemps insisté. Il n'est pas exceptionnel de constater l'existence de bruits surajoutés au souffle.

Fréquemment, lorsqu'on a affaire à une pleurésie purulente, il faut faire le diagnostic de pleurésie, malgré des *signes pseudo-cavitaires* ou même un véritable gargouillement. J'ai observé, il y a quelques jours encore, dans mon service, un petit malade qui avait les signes d'un foyer de broncho-pneumonie à la base droite, net et bruyant ; en réalité, il avait un litre de pus épanché dans la cavité pleurale.

L'existence de râles humides plus ou moins gros s'explique par un poumon sous-jacent congestionné, dont le liquide transmet les bruits.

Néanmoins, il y a des faits dans lesquels le poumon est comprimé, et ne peut être congestionné. Il faut dans ce cas admettre que ces bruits viennent de l'autre côté. Cette transmission controlatérale des bruits pulmonaires par l'intermédiaire du liquide-épanché dans la plèvre est beaucoup plus fréquente que chez l'adulte. On peut, chez l'enfant, entendre assez souvent, dans ces conditions, des bruits amphoriques, et même de véritables bruits cavitaires ; ils sont bien plus fréquents dans les pleurésies purulentes que dans les séro-fibrineuses.

Un autre symptôme d'auscultation, qu'il est bon de rechercher, chez l'enfant comme chez l'adulte, c'est le *signe du sou* de Pitres. Il consiste à percuter avec une pièce de deux sous, une autre pièce appliquée sur le devant de la poitrine du sujet, tandis qu'on ausculte en arrière. Lorsqu'il y a une pleurésie, le bruit est transmis avec un timbre net, sec et argentin particulier dans toute la zone de l'épanchement, alors qu'au-dessus de celui-ci le bruit est sourd. Ce signe diffère du bruit d'airain dans le pneumothorax dans lequel le son est renforcé et modifié.

Il est toutefois difficile à rechercher chez certains enfants. Il marche en général de pair avec l'égophonie et la pectoriloquie aphone, elles aussi assez délicates à rechercher chez l'enfant.

J'ajoute que chez lui, il ne faut pas guère tenir compte des signes du sommet, et notamment du schème de congestion de Grancher (schème n °2 : vibrations +, sonorité +, respiration —) qui n'est d'ailleurs fréquemment qu'un schème de compression. Il faut d'ailleurs se rappeler que le poumon est le plus souvent altéré, et que lorsqu'on constate une pleurésie de la base, il y a vraisemblablement des lésions tuberculeuses du poumon. A cet égard, la recherche des signes physiques tant au sommet que du côté opposé est parfois importante.

En dehors des modifications du sommet, on note souvent, du côté opposé, une respiration supplémentaire parfois fort accusée.

La recherche du *déplacement des organes voisins* est très importante, comme chez l'adulte.

Chez l'enfant, il faut rechercher dans la pleurésie droite si le foie est abaissé. Ici encore, chez le jeune enfant il y a une cause d'erreur. Le jeune enfant, jusqu'à 11 ans (Cruchet et Séregé l'ont montré), a un foie qui déborde volontiers les fausses côtes. Par conséquent, c'est beaucoup plus la ligne supérieure de la matité, s'élevant au-dessus du mamelon, qui peut aider à apprécier l'épanchement. L'exploration physique est donc, à droite, peu riche en signes en relation avec l'abondance du liquide.

En revanche, du côté gauche, on trouve, comme chez l'adulte, le déplacement du cœur, et la matité de l'espace semi-lunaire.

Toutefois, il y a quelquefois des épanchements abondants qui n'entraînent pas une grande modification de l'espace semi-lunaire.

A l'aide des signes physiques, vous arrivez sinon à diagnostiquer au moins à soupçonner fortement l'existence d'une pleurésie. C'est alors qu'intervient la *ponction exploratrice*, qui vous renseigne sur l'existence et la nature du liquide, qui vous montrera un liquide séro-fibrineux dans lequel vous constaterez, selon les cas, l'abondance des lymphocytes, des polynucléaires, des placards endothéliaux, et qui vous permettra de préciser le diagnostic de pleurésie tuberculeuse ou de pleurésie rhumatismale. Le liquide peut d'ailleurs être inoculé au cobaye.

A la ponction exploratrice il peut être bon d'ajouter l'*examen radioscopique*. Il montre d'abord l'immobilité, l'absence de jeu du diaphragme, l'ombre à contour supérieur souvent assez net traduisant l'existence de la pleurésie ; il permet de préciser le déplacement du cœur, l'état du parenchyme sous-jacent, la concomitance de l'adénopathie-trachéo-bronchique. Le professeur Hutinel a insisté sur ces poussées d'adénopathie médiastine et sur l'importance de la congestion pleuro-pulmonaire dans les pleurésies de l'enfant.

Cet examen permet aussi d'assister à la diminution progressive de l'épanchement, et montre très souvent des lésions de cortico-pleurite persistante. Lorsque la pleurésie a disparu, la maladie n'est pas terminée, il reste

© BIU Santé

un poumon à traiter. La cortico-pleurite est souvent le point de départ d'une évolution tuberculeuse pulmonaire et vous savez combien on a insisté sur ce point dans ces dernières années.

L'évolution de ces pleurésies séro-fibrineuses chez l'enfant est volontiers considérée comme étant plus aiguë que chez l'adulte. Sa durée est pourtant de 3 ou 4 semaines, c'est à peu près celle qu'elle offre chez l'adulte. Mais, si elle évolue quelquefois plus vite, il faut se rappeler qu'elle comporte les mêmes séquelles et ne conduit que trop souvent à la tuberculose pulmonaire évolutive.

La pleurésie de l'enfant, somme toute, par ses caractères, se rapproche de la pleurésie de l'adulte, mais elle présente des difficultés de diagnostic un peu plus grandes. J'y reviendrai dans la prochaine leçon. Je vous rappelle seulement qu'il est quelquefois assez difficile de diagnostiquer certaines bacilloses aiguës, avec léger épanchement et grosses lésions pulmonaires, des pleurésies séro-fibrineuses banales. C'est un examen physique attentif qui vous donnera les renseignements les plus sûr.

Il peut être difficile de diagnostiquer certaines pleurésies de nature rhumatismale des pleurésies de nature tuberculeuse. Il faut se rappeler que les pleurésies rhumatismales s'accompagnent ordinairement de douleurs articulaires, sont volontiers bilatérales, peu abondantes, rapides d'évolution, sont associées à des manifestations diverses, réagissent au salicylate.

Ce qui est difficile, ce n'est pas tant le diagnostic de pleurésie que le diagnostic de l'abondance de l'épanchement. Je vous ai dit les raisons pour lesquelles la pleurésie droite est celle par excellence celle pour laquelle on se trompe sur l'abondance du liquide, j'y reviendrais prochainement.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

FAITS CLINIQUES

Ramollissement médullaire d'origine tuberculeuse. Méningo-myélite avec intégrité vertébrale. Syndrome de section totale de la moelle dorsale

Par MM.

Gustave ROUSSY et **Lucien CORNIL.**

Professeur agrégé et chef de travaux d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur agrégé et chef de travaux d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Nantes

Pendant longtemps, à la suite des travaux de Charcot et Michaud, la myélite transverse tuberculeuse fut considérée comme une complication du mal de Pott.

Les observations, assez rares d'ailleurs, de Schlesinger, Dupré et Delamarre, Henneberg, Rossi, Westphal, Brissaud et Brécy, Lhermitte et Klarfeld, Bianconi, et surtout l'importante étude de Bériel et Gardère, sont venues depuis établir l'entité clinique de la méningo-myélite tuberculeuse primitive.

Les différents types anatomocliniques peuvent être distingués en trois variétés : la première constitue le type de myélite diffuse, appartenant au groupe des lepto-méningites de Raymond. La seconde est réalisée par la variété de myélite transverse partielle, dont la présence de tubercules isolés ou multiples dans la moelle constitue le fait primordial. Enfin, le troisième type de tuberculose médullaire donne un tableau anatomoclinique différent des précédents : c'est à lui que l'on peut avec Bériel, qui en a rapporté un saisissant exemple, donner le nom de *pachyméningite caséeuse*. Il s'agit de la lésion décrite par Charcot et Michaud, avec l'altération osseuse en moins.

Les faits que nous avons consignés dans l'observation suivante, tout en s'apparentant à ce dernier type, présentent en outre un intérêt anatomoclinique particulier par le fait qu'ils réalisent le syndrome de section anatomique totale de la moelle.

OBSERVATION. — Bang... Kol. Tirailleur sénégalais, 33e rég. colonial, âgé de 25 ans environ (pas d'état-civil).

Evacué du corps le 8 juillet 1917 sur l'*Hôp. E.* 21/2 où l'on note : « Rachialgie avec contracture musculaire. Etat sub-fébrile ». « Courbature fébrile, en service commandé ». Puis, « sur l'*hôpital temporaire* 26 *de Baccarat*, où l'on prend l'observation suivante : « Bon état général. Pas de fièvre. Le malade « se plaint de douleurs dans la région lombaire et dans les « cuisses. Peut péniblement se tenir debout et ne peut marcher « que soutenu. Pas de signe de sciatique. Pas de lésion vertébrale apparente. Les réflexes patellaires sont très diminués. « Aucun autre symptôme du côté du système nerveux. Appétit et bonne digestion. Urines sans albumine ». Il reste dans cette formation du 8 au 16 juillet 1917. De là, part sur l'*hôpital complémentaire* nº 14, où l'on note :

« *Renseignements* : nuls, malgré interprète sénégalais (Est du « Soudan de Khado ?) Serait en France depuis un an. Ne peut « dire s'il a été en ligne. Jamais blessé. A une femme et deux « enfants. Ne peut dire son âge, qui paraît être environ 25 ans.

« *Histoire actuelle* : interrogé, indique qu'il a mal aux rein ; « ne peut dire depuis combien de temps. Etat non fébrile. Est « allongé dans son lit. Pas d'escharres. Urine seul. Ventre tendu. « Pupilles à réactions positives ; à gauche, légère conjonctivite. « Langue rose. Membres supérieurs grêles et valides.

« Du 16/7. *Réflectivité* :

	à gauche	à droite
Babinski	négatif	négatif
Médio-plantaire	existe	faible
Achilléens	existent	nuls
Rotuliens	existent	nuls

« Pas de trépidation épileptoïde.
« Cut. plantaire en flexion bilatérale.
« Pas de clonus rotulien.
« Crémastériens faibles.

« Impotence des muscles : cuisse (groupe antérieur) jambe et « pieds gauches. Mollets grêles du même côté. Impotence légère « membres et pied droits. Ne peut élever le membre inférieur « gauche sur le plan du lit. Il manœuvre ce membre avec sa « main. Station debout difficile. Membre inférieur en abduction.

« Marche : encoche dans le flanc gauche. Traîne le membre in- « férieur gauche en abduction et en arrière. Fléchit à gauche, « fléchit un peu à droite. Marche très altérée, étant soutenu, et « impossible seul. Attitude de passivité calme. Paraît un peu « exagérer son état pour le membre inférieur droit.

« *Du* 18/7 : Rotuliens très faibles à droite, normaux à gau- « che. Réflexe médio-plantaire existe à droite. Réflexes iodio- « musculaires jumeaux normaux.

Urines : ni albumine ni sucre.

« *Du* 22/7 : Liquide céphalo-rachidien : albumine normale « lymphocytose légère.

« *Du* 10/8 : Absence des réflexes médio-plantaires, achilléens « et rotuliens. Impotence groupe musculaire, flexion bassin sur « cuisse gauche et membre inférieur gauche. Impotence de tout « le membre inférieur droit. Marche impossible. Absence de « troubles des réservoirs. Météorisme abdominal.

« Diagnostic : Paraplégie flasque avec prépondérance de trou- « bles moteurs au membre inférieur gauche (en service com- « mandé) ».

Le 12 août 1917. — Evacué sur l'hôpital militaire St-Jacques

© BIU Santé

à Besançon, où il ne reste que huit jours (pas d'observation spéciale).

Le 21 août 1917. — Entre au Centre de Neurologie de la 7e Région (Hôpital Cte n° 3).

Le 11/9/17. — Actuellement. Pas de signes osseux de mal de Pott. L'examen neurologique montre :

1° Motilité : Paraplégie flasque complète. Tout mouvement, même ébauché, des membres inférieurs, est impossible.

Amyotrophie diffuse des membres inférieurs : cuisse : 33 cm. à 10 cm. du bord supérieur de la rotule et 28 cm. au mollet à 10 cm. du bord inférieur de la rotule (pour les deux membres, mesures identiques).

Flaccidité des masses musculaires et hypotonie.

2° *Réflectivité* :

a) *Réflexes tendineux.* Rotuliens : à gauche, ébauche de contraction du crural : à droite, immobilité absolue.

Achilléens : abolis bilatéralement.

Médio-plantaires : il existe simplement de chaque côté une flexion des orteils à la percussion de la plante (réaction de Sicard-Rimbaud).

b) *Réflexe d'automatisme.*

Réflexes d'automatisme médullaire des plus nets. Signe des raccourcisseurs de Pierre Marie-Foix par pincement et friction de la face dorsale du pied. Pas de réflexe d'extension croisée. La piqûre au niveau des jambes jusqu'à la ligne bi-iliaque et des cuisses détermine de même des mouvements d'automatisme des membres inférieurs (flexions bilatérales des membres inférieurs).

b) *Réflexes cutanés.*

Abolition des crémastériens et des abdominaux.

Cutanés plantaires ; leur recherche ne détermine que le retrait du membre.

c) *Sensibilité.*

Abolition totale de la sensibilité, au tact, à la piqûre et à la température, dans tous les membres inférieurs, et l'abdomen jusqu'à l'appendice xyphoïde (limite supérieure de l'anesthésie en D 7.

d) *Troubles trophiques.*

Etat squameux de la peau, des pieds. Amyotrophie diffuse des membres inférieurs. Escharres légères dues à coupures sur le bassin de lit.

c) *Troubles sphinctériens.*

Rétention d'urine nécessitant la sonde à demeure. Rétention des matières. Constipation opiniâtre.

d) *Réactions pupillaires* normales.

Ponction lombaire. — Le 1er septembre 1917.

Couché, écoulement goutte à goutte ; tension au Claude : 20. Examen aulaboratoire central de la 7e région :

3 septembre 1917. — Analyse du liquide céphalo-rachidien (Laboratoire de bactériologie n° 4483) (Dr Durand). 1° Réaction de Wassermann : positive. 2° Présence de sang en abondance. L'examen cytologique précis est impossible. Les quelques leucocytes qu'on aperçoit parmi les hématies sont des polynucléaires ou des cellules endothéliales.

Le Wassermann étant positif, on commence un traitement de Galyl et Cy Hg intra-veineux.

Le 25 septembre 1917. — Phénomènes pulmonaires depuis quelques jours. La toux persiste. Zones de matité des deux bases pulmonaires, mais pas d'épanchement. Persistance du murmure vésiculaire à gauche : à droite, obscurité respiratoire. Etat général déficient. Légère ébauche de paraplégie en flexion. On continue les injections intra-veineuses de cyanure et de galyl. Apparition d'escharres superficielles : une à la région sacrée et une à la région rétro-chantérienne droite.

Le 1er octobre 1917. — Persistance des zones de matité aux bases droite et gauche. Amaigrissement rapide. L'examen de la colonne vertébrale, tant clinique que radiographique, ne montre toujours pas de lésion à son niveau.

Le 28 octobre 1917. — Etat général mauvais. Persistance de la toux. Amaigrissement très marqué. Grosse amyotrophie des membres inférieurs.

Le 9 novembre 1917. — Persistance de réflexes de défense nets à la pression des pieds. L'amyotrophie est devenue considérable.

Urines : rétention absolue. Sondé deux fois par jour : urine purulente.

(Centre d'Urologie de la 7e Rég. B. N° 47). Examen d'urines :

Quantité des 24 heures	10500 C. c.
Densité	1018
Réaction	acide
Albumine	présence
Sucre	n'ant
Pus	présence

Matières : incontinence en raison de la diarrhée apparue depuis quelques jours.

Escharres : extension des deux petites escharres sacrées qui se réunissent.

Congestion pleuro-pulmonaire : base gauche très nette remontant jusqu'au-dessous de l'omoplate. A droite, plus basse : simple zone de matité avec obscurité respiratoire totale.

Le 10 novembre 1917. — Pas de réflexes cutanés plantaires. Plus de réflexes cutanés de défense.

Œdème diffus des membres inférieurs, du scrotum et de la partie inférieure de l'abdomen et des racines des cuisses.

Au point de vue pulmonaire, matité des deux bases, surtout marquée à la base gauche. Sensation légère de flot thoracique.

Diarrhée profuse et tenace depuis huit jours.

Ponction exploratrice : base gauche : on retire un liquide laiteux.

Le 12 novembre 1917. — Depuis deux jours, dyspnée intense avec tirage, gros râles muqueux. La matité des deux bases persiste.

Etat général précaire ; Huile camphrée ; Spartéine ; Ballons d'oxygène.

16 novembre 1917. — Analyse bactériologique de crachats. (Dr Duraud) (Laboratoire de Bactériologie N° 4848).

Pas de bacille de Koch ni de streptocoque. Présence de quelques pneumocoques.

Le 13 novembre 1917. — Décès.

AUTOPSIE LE 14 NOVEMBRE 1917, à 9 HEURES.

Rachis et moelle : A l'ouverture du *rachis*, rien de particulier. Pas de lésion osseuse. On a prélevé un fragment de la colonne compris entre D3 et D12, qui a été scié en divers points. Pas de lésion tuberculeuse. Pas de mal de Pott.

Pas de lésion de la ménine dure. Par contre, grosse lésion de pie-mérite s'étendant sur 5 cm. de la moelle dorsale, au-dessus et au-dessous de D6.

Sur la moelle dorsale, au niveau de D6-D8, gros foyer de ramollissement. Après durcissement, on note que le foyer de ramollissement occupe plusieurs segments de la moelle dorsale. Il commence immédiatement au-dessous de l'émergence de D5, occupe D6 et surtout D7, où la moelle est complètement aplatie, rubanée. En D8, la consistance et la forme reparaissent normales.

A noter, en outre, un épaississement de toute la pie-mère, depuis D3 jusqu'à l'extrémité supérieure L I de la moelle lombaire à la face postérieure.

Sur la face interne de la dure-mère, nombreuses petites granulations grosses comme une tête d'épingle, et s'étendant sur toute la moelle cervicale inférieure, dorsale et lombaire.

Sur la face antérieure de la moelle, épaississement beaucoup plus discret de la pie-mère à partir de D5 et jusqu'à la partie inférieure de la moelle avec dilatation vasculaire et arborisation assez prononcée.

Sur la face interne de la dure-mère, on retrouve les petites granulations signalées plus haut, mais beaucoup plus discrètes.

Cerveau et méninges craniennes : Rien de particulier.

Poumon gauche : 2 aspects distincts : Foyer de broncho-pneu-

© BIU Santé

monie pseudo-lobaire, ayant envahi tout le lobe inférieur, nombreux tubercules crus de la grosseur d'une grosse tête d'épingle en verre. Pas d'adhérences pleurales. A la base, on trouve environ un verre de liquide d'aspect un peu louche, semblable à celui qui a été retiré par la ponction exploratrice.

Quelques ganglions hilaires caséeux.

Poumon droit : 1° Symphyse pleurale presque totale.

2° Au niveau du hile, gros ganglions caséeux, avec zone d'envahissement pulmonaire, véritable chancre d'inoculation. Au voisinage de ce dernier, on trouve un foyer de ramollissement avec cavernules de la dimension d'une pièce de cinq francs. Ici et là quelques tubercules crus.

Péricarde et cœur : Rien à signaler.

Abdomen : Péritonite tuberculeuse adhésive. Adhérence lâche et molle agglomérant les anses intestinales entre elles et avec leur paroi. Nombreuses lésions bacillaires nettes sur les anses.

Pas de lésions tuberculeuses de la muqueuse de l'intestin.

Trois ou quatre gros ganglions caséeux de la grosseur d'une noisette, autour du cæcum.

Reins : Rien macroscopiquement.

Capsules surénales : Pas de lésions.

Rate : Quelques tubercules caséeux de la grosseur d'un petit pois.

Foie : Péri-hépatite. Rien macroscopiquement.

Pancréas : Rien à signaler.

Vessie : Pus en abondance. Vessie à colonnes. Epaississement de la paroi. Quelques petites ulcérations.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Poumons :

Dans les deux poumons, lésion de broncho-pneumonie banale, plus marquée à gauche. Alvéolites de tous les types disséminées et alternantes Prédominance d'alvéolite fibrineuse, diapédétique et suppurée. Nombreux nodules suppurés avec centre nécrotique. Dans un des fragments prélevés au voisinage d'une bronche gros nodules de nécrose caséeuse avec couronne de follicules tuberculeux typiques.

Un ganglion présente quelques follicules avec réaction épithélioïde très marquée.

Vessie :

L'épithélium est disparu dans la plus grande étendue de la coupe. Infiltration inflammatoire très marquée disséminée à toute l'étendue de la muqueuse et en certains points de la musculeuse.

Moelle et méninges :

Au niveau du ramollissement : (partie supérieure de D7) la moelle est réduite à une masse réticulée dans laquelle on ne retrouve plus trace d'éléments nerveux. Le substratum névroglique qui persiste se reconnaît au caractère fibrillaire des travées et dans ce réticulum on note la présence d'un assez grand nombre d'éléments arrondis (microglie) avec quelques éléments macrophagiques du type amœboïde.

Nombreux capillaires avec, parfois, autour d'eux, abondance de lymphocyte.

Méninges :

Au niveau de la pie-mère, en un ou deux points, épaississement avec cellules épithélioïdes nombreuses et en un point une cellule géante. La réaction n'affecte cependant pas à ce niveau les caractères du follicule tuberculeux typique.

Les vaisseaux sont congestifs, à parois turgescentes (une artériole présente même dans sa paroi un début de dégénérescence hyaline).

Par contre la dure-mère, à sa face interne, présente quelques follicules tuberculeux, dont un avec une zone caséeuse assez volumineuse. Plusieurs cellules géantes, métaplasie épithélioïde, nombreux lymphocites et quelques rares polynucléaires, pas de plasmocytes.

Il s'agit donc d'un syndrome d'interruption anatomique complète de la moelle dorsale, dû à un ramollissement s'étendant entre D5 et D7. Les caractères cliniques longuement décrits dans notre observation rappellent en tous points ceux que J. Lhermitte et nous-mêmes avons observés dans un certain nombre de cas de blessures de la moelle et nous permirent de faire le diagnostic d'interruption anatomique et physiologique totale. Nous insisterons simplement sur l'abolition bilatérale des réflexes achilléens et médioplantaires, l'abolition du réflexe rotulien droit et la diminution très marquée du rotulien gauche. Les mouvements d'automatisme persistèrent, pensons-nous, avec une certaine intensité en raison de la hauteur de la lésion : le segment inférieur de la moelle ayant une intégrité relative à partir de D8 (en mettant à part la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux sous-jacents et les altérations des cordons postérieurs). L'amyotrophie très précoce et très accentuée ainsi que la flaccidité ainsi que la netteté de la limite supérieure de l'anesthésie totale nous permirent enfin dès le début d'écarter l'idée de compression médullaire.

Au point de vue anatomique, le fait intéressant est l'existence d'un ramollissement médullaire, concordant avec un foyer de pachyméningite tuberculeuse, et l'intégrité des vertèbres correspondants.

Nous ne pouvons faire état de la réaction de Wassermann positive trouvée chez ce malade pour affirmer l'étiologie syphilitique. Si les lésions anatomiques trouvées au niveau de la moelle nou montrent simplement les lésions habituelles de myélomalacie, celles observées au niveau des méninges et surtout de la dure mère entourant le foyer de ramollissement contiennent des follicules tuberculeux assez typiques pour ne pas discuter leur nature. D'ailleurs, cet indigène peut avoir été atteint de trypanosomiase et M. Botreau-Rousselle, dont la compétence en matière de pian est indiscutable, auquel nous avons soumis notre cas, nous a signalé la très grande fréquence des réactions de Wassermann positives en dehors de la syphilis dans les régions du Congo où le pian sévit.

En définitive l'ensemble des caractères anatomocliniques nous permet de rapprocher ce cas des ramollissements médullaires d'origine tuberculeuse décrits par Dana et Ramsay Hunt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1924.

Discussion du rapport de M. Wallich sur l'hygiène de l'enfance (*Suite*). — M. ***Pinard*** rappelle qu'il est systématiquement hostile à toutes les mesures qui ont pour résultat la séparation de la mère et de l'enfant.

Les pouponnières, qui joignent à cet inconvénient primordial celui d'exposer les enfants à tous les risques de contamination offerts par les agglomérations d'enfants, ne doivent donc être admises que comme un pis-aller.

Il y a nécessité de revoir toutes les lois relatives à l'hygiène infantile.

Essai sur la première dentition. — M. ***Lédé*** a fait une étude de la première dentition (odontiase, percée de dents) au cours des divers modes d'élevage des enfants, suivant que les enfants sont allaités par leur mère ou confiés à des éleveuses mercenaires, soit pour l'allaitement au sein, soit pour l'élevage artificiel.

L'irrégularité de l'éruption dentaire pour les enfants en élevage mercenaire est la règle. Parmi les enfants soumis à l'éle-

© BIU Santé

vage artificiel, 94 % décédés ou repris par les parents avant l'âge d'un an n'avaient aucune dent ; cette proportion s'élève à 9? % pour les enfants élevés au sein par nourrices mercenaires en raison de la concurrence toute naturelle de l'enfant de l'éleveuse; 41 %, en effet, des éleveuses au sein se procurent un nourrisson avant que leur propre enfant n'ait atteint l'âge de six mois.

L'élevage artificiel employé dès la naissance provoque un retard dans l'évolution dentaire. Alors que pour l'enfant allaité par sa mère l'apparition de la première dent, qui est d'après l'étude de l'auteur, l'incisive prémédiale inférieure droite, peut être fixée à l'âge de 8 mois, elle se produit à 9 *mois* pour le nourrisson allaité et à *dix mois pour l'enfant à l'élevage artificiel.*

Postérieurement à ces âges apparaissent les autres dents du jeune âge.

Il n'existe aucune priorité pour les filles sur les garçons, ni d'influence des mois froids, tempérés ou chauds.

De son étude, M. Ledé déduit des conséquences sociales qui seront à prendre en considération lors de la prochaine révision de la loi Théophile Roussel.

1° La limitation de l'âge de l'enfant de l'éleveuse au sein, limitation à 4 mois accomplis afin de ne pas retarder la percée des dents de l'enfant de l'éleveuse et que le nourrisson ne trouve pas en son frère de lait un concurrent trop insatiable.

Mais l'élevage mercenaire au sein n'est plus pratiqué en France et, en 1923, 99 % des enfants nés à Paris ont été confiés à des éleveuses pratiquant l'élevage artificiel ;

2° Il y a donc lieu de réglementer sévèrement cet élevage artificiel en ne confiant aux éleveuses que des enfants âgés au moins d'un mois accompli.

Ce sera là un surcroît au budget des dépenses, mais ces dépenses seront certainement recouvrables, elles diminueront la mortalité du très jeune âge.

Nouvelle méthode de récupération fonctionnelle. — M. *G. Bidou* montre, avec la documentation détaillée d'un film cinématographique, comment un paralytique des deux membres inférieurs et du tronc peut être récupéré par sa méthode.

Après avoir expliqué avec quels soins l'examen physiologique du malade doit être pratiqué, sous le contrôle et à l'aide d'instruments de mesure spéciaux qu'il a créés dans ce but, l'auteur fait assister à une nouvelle journée de l'existence d'un impotent. Le film nous le montre se levant, s'habillant, écrivant à son burau, prenant une voiture, allant à ses affaires dans une rue de Paris. On le voit encore en ouvrier ajusteur, travaillant à l'étau, avec la même aisance qu'un ouvrier normal. Et tout cela se passe sans l'aide de qui que ce soit.

Ces résultats surprenants sont dus à un long travail d'observation, à une connaissance approfondie de l'art de l'ingénieur et de la physiologie. Cette nouvelle branche bien déterminée de la science médicale ouvre de larges espoirs à tous les impotents en leur faisant entrevoir le retour à l'indépendance. Le malade, sujet du film, a été présenté, après la séance, aux membres de l'Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1924.

Un cas de leontiasis ossea. — MM. *E. de Massary et J. Rachet* présentent une femme de 63 ans dont les déformations hypertrophiques craniofaciales permettent d'hésiter entre maladies de Pajet et léontiasis ossea.

Il semble pourtant que l'on puisse affirmer cliniquement ce dernier diagnostic par la coexistence de lésions crâniennes ou faciales, par la saillie anormale des pommettes, leur écartement exagéré, l'aplatissement et l'hyperostose de la voûte palatine, l'intégrité du maxillaire inférieur, l'absence de toute lésion des os longs des membres.

La radio ne permet aucune différenciation, car aussi bien dans la maladie de Pajet que dans la léontiasis ossea, on note l'aspect floconneux et flou du massif crânio facial.

M. *Chauffard* considère que le malade présenté par M. Massary rappelle la maladie de Pajet, et qu'il est difficile de porter le diagnostic de léontiasis ossea.

Coma diabétique traité par l'insuline. — MM. *Lion, Chabannier et Minvielle* communiquent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour coma diabétique avec forte glycosurie et acétonurie. Ils ont institué un traitement intensif par l'insuline qui a déterminé la disparition complète de l'acétonurie au bout de quelques heures et la disparition de la glycosurie au bout de 24 heures environ. La malade fut complètement réveillée 30 heures environ après le début du traitement et 3 jours après elle pouvait être considérée comme sauvée.

Un cas typique de Sodoku à Paris. — MM. *Laignel-Lavastine, Bintet, Servant et Arbeit* présentent un homme de 36 ans, infecté de sodoku par morsure de rat à la main gauche le 11 mai 1923, le premier accès fébrile qui éclata le 25 mai fit hésiter entre une fièvre typhoïde et une méningite cérébro-spinale. En plus des accès fébriles, 39° et plus durant 3 jours et revenant tous les 3 jours, le malade eut une éruption érythémateuse avec arthralgie, céphalée, albuminurie, amaigrissement, réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang. Le sang inoculé à la souris permit de reconnaître le *Spironéma Sodoku*. Le traitement arsenical (sulfarsénol, liqueur de Fowler) détermina rapidement la guérison clinique et la disparition de la réaction de Wassermann. Une rechute légère avec éruption morbiliforme céda très vite au traitement. Aujourd'hui, sans aucun signe clinique et malgré la continuation du traitement arsénical, persiste encore une réaction sanguine de Hecht partiellement positive. Le sodoku étant une spirochétose la réaction de fixation avec l'antigène syphilitique doit être considérée comme une réaction de groupe.

M. *Apert* rapporte à ce propos l'observation d'un enfant atteint de Sodoku. L'enfant mordu au doigt par un rat, a présenté une induration ligneuse du doigt, et à chaque accès fébrile, tous les 5 ou 6 jours, il existait une poussée de lymphangite. Un ganglion de l'aisselle enlevé contenait des spirochètes

M. *Claisse* signale que dans la spirochétose ictéro-hémorragique, il existe parfois de la lombricose et l'auteur se demande si les morsures de la muqueuse par des lombrics qui sont porteurs de spirochètes peuvent déterminer la maladie.

M. *Martin* signale 2 cas de spirochétose, chez 2 malades ayant fréquenté la même piscine. Il semble que dans ce cas il y ait un simple attouchement par le spirochète.

Sur un cas de hoquet persistant depuis 15 mois. — MM. *G. Guillain, Th. Alajouanine et P. Mathieu* présentent un malade de 36 ans chez lequel on constate ce phénomène exceptionnel d'un hoquet persistant depuis 15 mois. Ce hoquet a débuté brusquement sans aucune cause provocatrice apparente, il persiste tous les jours et n'est interrompu que la nuit durant le sommeil. Les secousses diaphragmatiques, au nombre de 10 à 14 par minute, s'accompagnent d'une secousse bilatérale des muscles du cou, des peauciers et aussi des muscles de la paroi abdominale, en particulier des grands droits. Ni la compression oculo-cardiaque, ni la compression du plexus solaire ou du nerf phrénique ne modifient ce hoquet. Un examen radioscopique a montré qu'il s'agit d'une contraction limitée à l'hémidiaphragme droit. Il n'existe chez ce malade aucune lésion du cœur, des poumons, du médiastin, aucun trouble du système nerveux central. Les auteurs pensent que ce hoquet chronique persistant est à rapprocher de certaines contractions rythmiques observées comme séquelles de l'encéphalite épidémique.

Endocardite maligne streptococcique à forme typhoïde avec signes de rétrécissement mitral pur. Etude bactériologique (Présentation de pièces.) MM. *Jacob* et *Louet*. — Homme de 23 ans, entré à l'hôpital Laënnec au 10e jour d'une affection aiguë à début brusque, à allure typhoïde, avec signes physiques d'un rétrécissement mitral. Mort au 22e jour sans que les signes stéthacoustiques aient jamais subi la moindre modification.

A l'autopsie, volumineuses végétations, occupant uniquement la face axiale des deux valves de la mitrale, surtout de la grande et obturant en partie l'orifice auriculo-ventriculaire expliquant les signes physiques ; embolies viscérales récentes.

© BIU Santé

L'hémoculture a isolé un streptocoque non hémolytique et dépourvu de virulence pour l'animal, offrant les caractères habituellement considérés comme appartenant aux streptocoques des endocardites malignes à forme prolongée.

M. ***Laubry*** signale qu'il n'existe pas de cloisons nettes entre les différentes formes d'endocardites. Il rappelle avoir observé un cas qui a évolué en 10 jours comme une endocardite maligne à forme suraiguë, bien qu'il s'agissait d'un streptocoque ayant les caractères du streptocoque de l'endocardite à évolution lente.

M. ***Vaquez*** signale que les malades peuvent pendant de longs mois être considérés comme bien portants, alors que l'endocardite évolue sans manifestations marquées. L'endocardite secondaire évolue dans un second temps d'une façon rapide. Il s'agit d'une terminaison maligne de l'endocardite.

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — MM. ***Paul Claisse*** et ***L. Louet***. — La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde a été l'objet de nombreuses recherches.

Pourtant au cours des dix années, il ne semble pas que la méthode se soit généralisée.

Peut être existe-t-il une certaine appréhension contre le vaccin antityphoïdique.

Au cours de la guerre, il a été prouvé son admirable efficacité préventive ; mais dans le public et dans le corps médical on a conservé le souvenir de certains cas où la réaction fut violente.

Aussi peut-on hésiter à l'employer chez des sujets déjà touchés par la maladie, craignant de leur imposer une réaction dangereuse.

Le but de ce travail est de prouver que ces craintes sont illusoires. Les auteurs rapportent quatre observations de rechutes ainsi traitées, c'est-à-dire de vaccinothérapie chez des sujets affaiblis par une longue épreuve morbide. Chez ces malades la vaccinothérapie n'a occasionné aucune réaction inquiétante ni même pénible.

Chaque fois, alors que la rechute était nettement établie, on débuta par de petites doses d'un demi-centimètre cube passant ensuite à 3/4 et à 1 cc. Cette injection est suivie d'un léger crochet fébrile, puis d'un abaissement d'environ un demi degré les jours suivants ; du 3e au 4e jour une nouvelle injection donne un résultat analogue et par une descente en escalier la courbe revient à la normale.

Le vaccin employé est le T. A. B. de l'Institut Pasteur, polyvalent.

Aucune complication, ni même aucun incident ne sont survenus.

M. ***Weil Hallé*** a eu recours dans plusieurs cas à la vaccinothérapie avec des résultats heureux. Il considère que les bons résultats sont obtenus quand la vaccinothérapie est instituée dès le début de l'infection typhique et que les nouvelles doses de vaccin sont renouvelées seulement quand les réactions sériques précédentes ont totalement disparu.

M. ***Guillain*** a observé, dans un cas de fièvre typhoïde ayant duré 102 jours avec plusieurs rechutes, une guérison 3 à 4 jours après l'injection de 20 c. c de T. A. B. de l'Institut Pasteur.

Résultat du traitement de cinq cas de gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse. — M. le docteur ***Trabaud***, (Beyrouth). — L'auteur résume 5 observations de gangrène pulmonaire traitée par la sérothérapie antigangréneuse. Il enregistre 2 succès et 3 décès. Il souhaite que les praticiens qui ont eu recours à cette médication veuillent, comme il le fait lui-même, publier les résultats malheureux à côté des résultats favorables de façon qu'une opinion définitive puisse être donnée sur la valeur réelle de la méthode. Il pense que la guérison, quand elle est obtenue, résulte d'un choc hémoclasique, et non de l'action spécifique de sérums obtenus d'ailleurs avec des germes qu'on trouve dans les plaies de guerre mais nullement dans l'expectoration des malades.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 janvier 1924

A propos de la radiothérapie des cancers. — M. ***Aubourg*** en réponse à la communication de Barbarin, étudie les résultats cliniques qu'il a observés depuis l'emploi de la radiothérapie à courte longueur d'onde. Sans parler de la disparition, on peut dire à peu près constante, des syndromes douloureux, on voit dans la grande majorité des cas une disparition complète des tumeurs cancéreuses traitées. Mais ces disparitions impressionnantes ne sont parfois que momentanées et des récidives apparaissent. Contre ces récidives, un nouveau traitement radiothérapique peut être pratiqué, à condition que la récidive ne soit pas devenue une généralisation et que l'état général ne soit pas tel que le moindre choc puisse être fatal, Même il est vraisemblable que, en l'absence de récidive, on arrivera à la conception des traitements répétés, comme dans la syphilis.

Tumeur du lobule du nez. — M. ***Alphonse Huguier***. — L'auteur présente une tumeur ronde, du volume d'une petite prune, qui était implantée juste à l'extrémité du lobule du nez d'une femme de 76 ans. Cette grosseur s'était développée en quelques mois, au niveau d'une tache lenticulaire datant de plus de 30 ans.

Histologiquement, il s'agit d'un *cylindrome*.

Victor Pauchet montre un cas d'ulcus double de la petite rouebure, l'un siégeant à la partie moyenne et l'autre siégeant près du cardia. Il a pratiqué la gastrectomie large suivant un procédé personnel. Résection comprenant la petite tubérosité, la totalité de la petite courbure, transformant ainsi l'estomac en une sorte de boyau qui prolonge l'œsophage jusqu'au duodénum. C'est le procédé qui lui paraît le meilleur et le plus assuré d'amener des succès immédiats et éloignés. C'est le seul moyen de supprimer l'hyperchlorhydrie et par conséquent la récidive de l'ulcère.

Dartigues, au nom de MM. ***Mouchet*** et ***Chékir bey***, de Constantinople, présente la radiographie d'une main avec fracture de phalange pour laquelle ils ont appliqué une petite attelle métallique de Thomas, « attelle miniature », qui permet de faire facilement l'extension des fragments de la phalange fracturée.

A propos de deux néphrectomies pour tuberculose rénale. — M. ***Le Fur*** présente deux reins tuberculeux. Le premier appartenait à une femme de 22 ans et n'avait donné à deux cathétérismes successifs de l'uretère aucune goutte d'urine ; il était volumineux et distendu par un liquide chocolat qui fut reconnu au microscope comme formé par une bouillie d'hématies et de bacilles de Koch, alors que les urines ne contenaient plus de bacilles depuis quelque temps; l'uretère, perméable cependant, ne laissait pas passer une goutte de ce liquide épais ; il s'agissait donc dans ce cas d'une variété rare de rein exclu avec perméabilité de l'uretère. Le second rein appartenait à une femme de 28 ans, présentant une tuberculose à forme néphrétique. La pièce enlevée montra un bassinet distendu présentant une couronne de plaques blanchâtres, comme calcaires, constituées par une dégénérescence totale et une caséification massive de la paroi du bassinet, forme rare. Tout le reste du rein était indemne, aauf une toute petite cavité caséeuse, et un petit semis de granulations sur le bord externe du rein. Mais le microscope révéla, au niveau des portions du rein paraissant saines, de très nombreux noyaux tuberculeux non caséifiés, ce qui explique la déficience assez prononcée de ce rein, caractérisée surtout par une concentration uréique assez faible.

Deux cas de suture latérale de la veine iliaque externe. — M. ***Petit de la Villéon***. — L'auteur apporte deux observations de déchirures de la veine iliaque externe produites dans des conditions à peu près identiques au cours d'opérations de hernie inguinale récidivée. Le premier cas date de dix ans et le second de deux mois. L'auteur a pu réussir à oblitérer la brèche veineuse en pratiquant avec une aiguille fine un surjet au fil de lin inversant les lèvres de la plaie veineuse. La suture fut faite assez facilement sans pince spéciale, l'index gauche oblitérant la plaie. Les surjets furent vraisemblement perforants. Guérison dans les deux cas sans aucun incident circulatoire.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 février 1924.

L'histoire des éditions incunables et gothiques des herbiers est celle de la botanique médicale depuis la découverte de l'imprimerie.

Arnold C. Klebs la résume dans une note bibliographique. L'herbier d'Apulcius a été édité une première fois en 1477, puis en 1483, puis ce sont l'Hortus sanitatis de 1485, publié en français par Antoine Vérard en 1500, le livre d'Arbolayre, le Macer floridus, édition rarissime de Belot de Genève en 1503. Les frontispices, les reproductions de plantes décoratives, comme la flore des vieilles tapisseries font de ces ouvrages des chefs-d'œuvre par l'union habile de la gravure sur bois et de la typographie.

Hervé ayant donné dans un lot de photographies celle du Dr Liétard, de Plombières, ***Torkomian*** en prend prétexte pour rappeler l'œuvre du médecin orientaliste, qui passa sa thèse sur l'histoire de la médecine hindoue, puis publia des études sur les races aryennes, et l'article « Arménie » du Dictionnaire Dechambre (1867). C'est le premier travail qui fit connaître l'Arménie au public médical et nous apprit que les médecins arméniens furent les gardiens des traditions grecque et arabe. La plupart des travaux modernes sur la médecine arménienne sont sortis de l'article de Liétard et les quatre cents manuscrits arméniens conservés dans les bibliothèques spéciales d'Europe et d'Asie nous feront connaître peut-être des fragments inédits des vieux maîtres de la Grèce. ***Hervé*** rappelle à ce propos que les études orientalistes de Liétard dépassaient le domaine médical : il collabora à la grammaire indo-européenne, premier travail d'ensemble français sur la langue de l'Inde.

Polain, qui s'est spécialisé dans l'étude des incunables, rappelle que les bois des fabliaux édités par Belot de Genève semblent de la même main que les planches du Macer floridus. Les impressions génevoises étaient l'œuvre de typographes nomades, qui tiraient à petit nombre, d'où leur rareté.

La tradition de la Salpêtrière est représentée par ***Meige***. L'étude sur l'histoire de l'artère temporale dans l'art rappelle les travaux d'iconographie médicale de l'Ecole Charcot. Dans des tableaux de Piero di Cosimo, de Philippo Lippi (?), de Matsys, de Téniers jeune, sont figurés des personnages avec la branche antérieure de l'artère temporale, la seule superficielle bien indiquée. Pourquoi ce détail morphologique est il noté avec tant de soin ? Est-ce à cause du seul souci de l'exactitude, ou bien en souvenir de l'artériotomie ou de la phlébotomie temporale, en honneur au XVe siècle, et qu'Ambroise Paré, migraineux lui-même, avait depuis préconisées contre la migraine. Pour ***Ménétrier***, le dessin de cette artère reproduit un trait important de la physionomie : dans des portraits de personnages historiques, elle décèle la goutte et aide à porter le diagnostic rétrospectif d'artériosclérose.

La vie de la cour des basileus byzantins n'a plus de secret pour ***Jeanselme***. Il nous conte, d'après Psellos, le récit d'une consultation médicale à Byzance en 1059. Le basileus Isaac Commène est pris de frissons au cours d'une partie de chasse. La dyspnée qui suit l'oblige à rentrer au Palais où les médecins qui l'examinent portent un pronostic d'après l'état du pouls, qui est déclaré capricant. Le pouls capricant est-il différent du pouls dicrote : il semble bien que dans les deux cas une grande diastole soit suivie d'une plus petite. Isaac Commène mourut d'ailleurs peu après. ***Ménétrier*** rappelle, d'après Rufus, la définition exacte du pouls capricant : la chèvre pour bondir se cabre, puis retombe sur ses pieds et bondit ; c'est de la même image que Corrigan s'est servi à son tour. Ainsi cette vieille séméiologie du pouls, malgré Molière, reste pleine d'enseignements.

Jean VINCHON.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 janvier 1924.

La microsporidie du lapin ; ses relations avec la rage. — *MM. Levaditi, Nicolau et Mlle Schoen* ont trouvé dans l'encéphale de lapins contaminés avec le virus de Kling une microsporidie qu'ils appellent *encephalitozoon cuniculi*, agent étiologique de l'encéphalite épizootique du lapin.

C'est la première fois que l'on rencontre une microsporidie pathogène pour les mammifères.

Les auteurs l'ont rencontrée aussi dans l'urine, et ses kystes farcissent le rein. L'urine souillant la litière et les aliments, il est probable que la propagation s'effectue par la voie digestive.

Cet organisme est aussi pathogène pour la souris.

Les auteurs établissent son analogie avec le virus rabique, et s'appuient sur les arguments suivants :

1° Certaines microsporidies se développent dans le système nerveux et tout particulièrement dans le névraxe (*Glugea lophii*) de *Lophius pe catorius*.

2° Le virus rabique pullule aussi dans les glandes salivaires et s'élimine par la salive, comme l'encephalitozoon dans le rein s'élimine par l'urine. La rage serait ainsi une microsporidiose, envahissant à la fois les centres nerveux et certaines glandes qui l'éliminent, se comportant ainsi comme l'encéphalite épizootique du lapin.

3° Les *corps de Negri* de la rage ont l'apparence et les affinités colorantes des kystes microsporidiens ; ils ont l'aspect de kystes entourés d'une membrane et sont constitués par de petits corpuscules élémentaires, véritables spores microsporidiennes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du samedi 26 janvier 1924.

Présentation de malades traités par une médication antituberculeuse. — *M. Kresser* apporte les résultats d'une nouvelle méthode de tuberculinothérapie par voie buccale par l'emploi de l'endotine ou élixir composé de Gabrilovitch. Sur 139 cas de tuberculose pulmonaire à tous les degrés, ou ganglionnaire, il a obtenu 75 % d'amélioration. Il présente deux malades guéris d'adénopathie tranchéobronchique, et deux malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique ouverte, considérablement améliorés (disparition des bacilles dans les crachats). Il estime que cette nouvelle méthode est susceptible de réaliser un grand progrès.

Nature et traitement des fistules anales, le préjugé classique de la tuberculose. Le rôle de la syphilis. — *M. P. L. Tissier* pense que ni l'évolution, ni les caractères cliniques et anatomiques de la fistule à l'anus vulvaire (borgne externe) ne permettent de l'attribuer à la tuberculose.

Tout au contraire, tend à l'identifier avec d'autres manifestations de la syphilis. Les résultats du traitement par la pâte bismuthée de Beck s'expliquent donc facilement.

Le sarcome infectieux de l'œil humain — *M. Mawas* décrit une nouvelle espèce de tumeur qui présente des particularités remarquables ; cliniquement, association de deux syndromes, tumeur intraoculaire à évolution lente et syndrome inflammatoire surajouté ; histologiquement, structure des sarcomes ressemblant à certains sarcomes de la souris et au sarcome infectieux de la poule ; bactériologiquement, parasites, filaments mycéliens.

Un nouveau méfait des piscines. — Après les cas d'ophtalmie causée par l'eau des piscines parisiennes, *M. Levassort* relate un cas de spirochétose ictéro-hémorrhagique chez un jeune homme après un long séjour dans une piscine. Trois cas analogues sont soignés à l'hôpital Pasteur et à Lariboisière. Les piscines insuffisamment nettoyées sont donc à surveiller de très près.

Présentation de films chirurgicaux. — *M. Pauchet* présente deux films d'opérations : Le traitement de la maladie de Lane par court circuit intestinal ; les accidents toxémiques de cette maladie sont justiciables de la cololyse ou de la colectomie ou du court circuit intestinal. Ce dernier est indiqué quand le cæcum est mobile, opération faite au bouton. Le film montre comment l'opération est réglée. Les résultats éloignés sont fort bons.

La gastrectomie pour cancer. — On opère 1) les ulcères cancérisés sans ganglions infectés, guérison définitive par l'extirpation : 2) les cancers mobiles, opération facile, guérison de 1-6 ans ; 3) les cancers avancés, survie faible, 25 % de mortalité immédiate. Opération en un temps. Le meilleur traitement du cancer est le traitement préventif ; gastrectomie aussi large que possible dans les cas d'ulcère chronique ou récidivant.

M. DUCLAUX.

© BIU Santé

L'Opothérapie est à l'ordre du jour!

Vous aurez les plus beaux succès cliniques avec les **Produits Organothérapiques**
A. RICHARD, extraits totaux vraiment impeccables et **SANS ODEUR**

L'intéressant ***Memento d'Organothérapie Clinique,*** mise au point impartiale dc la question de l'Opothérapie, est envoyée à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39 —

R. C. Seine : 29.288.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS
Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre à COURBEVOIE (Seine).



Préparé par les
LABORATOIRES
DU
NUJOL
Standard Oil Co
(New-Jersey)
NEW YORK



PARFAITE UNIFORMITÉ

Une parfaite uniformité est ce qui différencie principalement le **NUJOL** des autres huiles de vaseline.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables dans le traitement de la constipation parce qu'il est invariable dans sa composition et ses propriétés physiques.

Le **NUJOL** est agréable à prendre ; il ne cause ni nausées ni autres désagréments.

Le **NUJOL** est particulièrement recommandé pendant la grossesse et la période d'allaitement.

Echantillons et brochures sur demande

BEDFORD PETROLEUM Co
88, Av. des Champs-Elysées
PARIS

Nujol
MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation
LE LUBRIFIANT IDEAL DE L'INTESTIN.

Agent de Vente
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Tabor
PARIS

© BIU Santé

ACTUALITÉS

UROLOGIE

Microbiologie et vaccinothérapie des abcès de la prostate

FOUQUIAU. *Archives urologiques de la clinique Necker*, tome IV, fasc. I. 1923.

Seul, le vaccin antistaphylococcique a donné quelques résultats positifs.

Il a l'avantage de ne donner qu'un minimum de réaction, de diminuer souvent la douleur et les phénomènes généraux, et de permettre ainsi d'attendre que se fasse l'ouverture spontanée ou la résorption de la collection ; en surveillant attentivement le malade, il sera toujours temps de pratiquer, en dernier recours, l'incision.

Dans cinq observations, l'amélioration a été nettement plus rapide que dans les cas semblables où le traitement médical avait été seul institué.

Dans plusieurs autres cas, l'incision a été nécessaire ; mais il y a eu cependant, dans les jours précédents, diminution des douleurs et de la température, en même temps qu'amélioration des troubles de la miction ; et ainsi, l'emploi du vaccin a permis de pratiquer l'intervention au moment le plus favorable et peut-être de hâter la cicatrisation.

La leucoplasie vésicale et son traitement radical.

S. et E. LI VERGHI, *Journ. d'urologie*, décembre 1923.

La leucoplasie de la vessie, dit l'A., est une maladie fréquente dont il faut soupçonner l'existence chez tous les anciens porteurs d'urines troubles ; en raison de son origine syphilitique, le traitement anti syphilitique rapidement institué agit radicalement sur les lésions locales et sur l'état général du sujet en amenant la guérison permanente ; la leucoplasie vésicale, qui jusqu'ici se terminait habituellement par la mort, est susceptible de guérison sans recourir à des interventions opératoires.

ANTHROPOLOGIE

La pathologie des côtes cervicales

DUBREUIL-CHAMBARDEL, *Ecole d'Anthropologie*, 25 janvier 1924

Trois fois sur cent sujets on rencontre chez l'homme une côte cervicale au niveau de la 7e vertèbre.

Cette côte est complète ou incomplète : complète elle s'articule avec le sternum : incomplète elle s'articule avec la 1re côte thoracique, ou bien est réduit à une apophyse libre.

Au point de vue anatomique cet élément costal détermine la formation d'un nouvel espace intercostal entre ses muscles, ses vaisseaux, ses nerfs. Le dôme pleural déborde largement la 1re côte.

Les branches inférieures du plexus brachial doivent franchir la côte supplémentaire en passant par dessus : elles sont donc étirées, tendues et reposent sur un plan dur.

Les vaisseaux, artère et veine sous-clavières, passent par dessus la côte lorsque celle-ci est complète, ou contournent son extrémité distale si elle est incomplète. Dans le premier cas, il y a allongement des vaisseaux, dans le second cas ceux-ci sont comprimés dans un angle dièdre osseux.

Au point de vue pathologique on constate des troubles nerveux, subjectifs d'abord (fourmillement, douleurs, au cou et au membre supérieur), objectifs ensuite (paralysie radiculaire, atrophie musculaire) ; des troubles vasculaires (anévrysmes, œdème etc) ; des troubles sympathiques (vaso dilatation et vaso constriction.

Les troubles de sacralisation.

DUBREUIL-CHAMBARDEL, *Ecole d'Anthropologie* 1er février 1924

La 5e vertèbre lombaire s'articule par son apophyse transverse avec l'iléon et le sacrum, ou se fusionne totalement avec celui-ci, environ deux ou trois fois sur cent sujets.

Au point de vue anatomique et morphologique, il résulte : un tassement lombaire, un dos plat dû à la diminution de l'en-

(*Voir suite p.* 280.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

STIMULANT DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

OVO-LÉCITHINE BILLON

CONTRE NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, SURMENAGE, LYMPHATISME & RACHITISME, CHLOROSE ET ANÉMIES DE TOUTES NATURES, PENDANT LES CONVALESCENCES, ETC. ETC.

Littérature et Echantillon sur demande

DRAGÉES à 0gr.05 6 par jour | GRANULÉ à 0gr.10 par cuill. à café 3 par jour. | AMPOULES à 0gr.05 par c.c. 1 tous les deux jours.

DÉPÔT GÉNÉRAL LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer du rectum et radiumthérapie

Par P. De BACKER et F. DEROM.
Assistants à l'Université de Gand.

Le traitement du cancer du rectum est actuellement peut-être plus que jamais sujet de discussion. Le chirurgien qui veut assurer au malade le maximum de garantie contre la récidive au moyen de l'opération si bien conçue de Pauchet s'expose à une mortalité opératoire qui dépasse peut-être ce qu'on peut faire accepter du public.

La radio- et la radiumthérapie en sont à leur période de tâtonnement.

L'irradiation massive est dangereuse par suite de l'extrême sensibilité de la muqueuse rectale et les phénomènes subséquents de rectite particulièrement douloureux, par suite du danger de voir surgir des fistules vésicorectales ou autres, consécutives à une nécrose des tissus et à cause des sténoses consécutives à une sclérose étendue. La question se pose d'autre part si des irradiations pratiquées de façon prudente fournissent des garanties suffisantes de régression ou de guérison du cancer du rectum.

Nous avons observé un cas de cancer du rectum perforé dans le vagin où à la suite du traitement radiumthérapique nous vîmes se reconstituer une surface vaginale normale, où nous vîmes un cas cliniquement inopérable devenir opérable et où l'extirpation d'un ulcère diagnostiqué cliniquement récidive cancéreuse nous permit de constater une guérison histologique.

Nous croyons utile en déposant ce document aux archives des observations médicales de résumer les principales données de la littérature que nous avons annotées au cours de nos études.

En 1914, Dominici (1) trouve que les tumeurs siégeant au dessus de l'ampoule rectale ne sont pas influencées par le traitement radiumthérapique, tandis que celles affectant l'ampoule rectale même sont franchement améliorées.

Sa technique : 5 à 10 centigr. de Rae filtré par 0.4 mm. Ag. entouré d'une couche de gaze d'un cm. d'épaisseur ou, pour prévenir l'érosion de la muqueuse saine par le rayonnement secondaire, d'un tube épais en caoutchouc. Il limita l'application de 12 à 24 heures à cause de la sensibilité spéciale de cette région. Ses résultats furent : de l'amélioration dans 6 cas sur 8 ; de l'apaisement des douleurs, la cessation des pertes muco-sanguinolentes, la diminution de la tumeur — mais pas de guérison.

La même année, Bérard (2) signale que certains néoplasmes inopérables du rectum traités par le radium sont très améliorés mais pas guéris.

En 1915, Carro (3) communique l'observation du Prof. Pellizari : adénocarcinome mamelonné situé à environ 5 cm. de l'anus, inopérable, traité par le radium ; diminution de la tumeur mais sans disparition, amélioration de l'état général (augmentation de poids de 12 kg.). Le « Report of the work » de l'Institut du radium de Londres signale pour les années 1915-1916-1917-1918 et 1920 (4) un total de 171 cas de cancer du rectum dont 161 traités par le radium. Le traitement courant consistait en une application fractionnée de 24 à 30 hs. (6 hs par jour pendant 4 à 5 jours consécutifs) d'un tube de 100 mgr. filtré par 2 mm. de plomb et entouré de 3 mm. de caoutchouc, — reprise du même traitement après un repos de 6 à 8 semaines. En 1920, l'Institut trouve que les cellules d'origine hypoblastique sont atteintes plus efficacement par une irradiation relativement courte au moyen d'une forte dose de radium : aussi applique-t-il depuis lors un tube de 150 à 200 mgr. filtré par 2 mm. de plomb durant environ 18 hs. — Aucune guérison n'est signalée, mais 85 cas furent améliorés, l'extension de la tumeur fut arrêtée, l'ulcération cicatrisée, l'infiltration diminuée, des tumeurs inopérables devinrent opérables, etc... A la suite du traitement survint souvent de la rectite par action du radium sur la muqueuse normale ; pour l'éviter autant que possible, on protège les parties non atteintes au moyen de tampons de gaze. Tôt ou tard apparaît un rétrécissement scléreux nécessitant la colostomie ou la dilatation régulière par le doigt ou par des bougies. Les tumeurs de forme annulaire et siégeant dans la moitié supérieure du rectum obéiraient le mieux au traitement radiumthérapeutique. Dans une discussion en 1917 (5), Lorey cite un cas de cancer du rectum guéri par le radium, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique : l'examen histologique fut fait après extirpation du rectum pour rétrécissement cicatriciel.

Erich-Opitz (6) nous donne en 1920 sa statistique se rapportant à 8 cas de cancer du rectum traités par des applications combinées de radium-rayons X (technique non indiquée) depuis 1913 jusqu'en 1917. Un seul était encore en vie deux ans après le début du traitement, mais en pleine récidive.

En 1919, Erich Schlesinger (7) rapporte 3 cas de cancer du rectum traités par le radium cliniquement guéris. Un de ces trois cas était resté sans récidive depuis 5 ans — il s'agissait d'un cancer circulaire situé à 7 cm. au dessus du sphincter chez un homme de 62 ans, chez lequel l'opération était contre-indiquée par un diabète grave. Le traitement a consisté en 5 applications de radium de 12 heures chacune à intervalles de 8 jours : 200 mgr au début puis diminution progressive de la dose jusqu'à 50 mgr pour les dernières applications (filtrage par 1 mm. de platine).

Par le traitement des cancers du rectum au moyen de rayons X, Chaoul en 1920 (8) obtient des améliorations locales et générales dans des cas inopérables, parmi lesquels certains cas désespérés.

Seitz et Winz (9) donnent une statistique de 62 cas comprenant des guérisons cliniques et un cas de guérison confirmée par l'autopsie (sans aucune donnée histologique). La mort survint par péritonite à la suite de la rupture sur une étendue de 5 cm. du côlon descendant, rupture produite par l'accumulation de matières fécales au-dessus d'un rétrécissement cicatriciel.

En 1921, Masini (10) et Cesbron (11) donnent des articles théoriques au sujet du traitement du cancer du rectum, mais ils ne relatent pas de cas ou de résultats concrets.

En 1923, A. Gunsett et D. Sichel (12) ne disposent d'aucun épithelioma du rectum avec disparition complète de la tumeur

En décembre 1922, D. Quick (13) (New-York) signale 161 cas. de cancer du rectum traités au Memorial Hospital de New-York durant ces quatre dernières années : « Il s'agissait de cas très étendus. Un grand nombre d'entre eux ont bénéficié du traitement pendant un à trois ans et moururent ensuite de généralisation ou de maladies intercurrentes. D'autres sont encore en état satisfaisant et peuvent faire espérer une régression complète. Les plus vieux cas de guérison observés, datant maintenant de quatre ans, ont une sténose fibreuse marquée, due à l'irradiation insuffisament filtrée ». L'auteur combine l'emploi dee l'émanation introduite directement dans la tumeur suivant le procédé de Janeway à celui du radium filtré. Lorsqu'il utilise le radium filtré, il emploie des tubes à parois de 1, 1/2 mm. de platine contenant de 3 à 5 mgr, de rae disposés bout à bout dans un tube de caoutchouc placé dans une sonde rectale.

***

Histoire clinique : Mme T. D. B., 52 ans, ménagère, nous est adressée le 21 février 1921 avec le diagnostic de cancer du va-

(1) DOMINICI. — *Strahlentherapie* B. V. H I, août 1914.
(2) BÉRARD. — Compte rendu de Th. Nogier dans *Journal de Radiologie et Electrologie*. 1914, p. 491.
(3) CARRO. — Compte rendu de N. Grunspan dans *Journal de Radiologie et Electrologie*, 1916 p. 346.
(4) Il ne nous a pas été donné de pouvoir consulter le rapport de 1919.
(5) LOREY. — *Strahlentherapie*, 1917, p. 319.
(6) ERICH-OPITZ. — *Strahlentherapie*, B. X, H. 2, p. 979 (30 4 1923).
(7) ERICI SCHLESINGER — *Strahlentherapie* B. XI, H. 3, p. 1116 (Cité dans Zt. f. Ditt. phys. Th. 1919 p. 249).
(8) CHAOUL — *Strahlentherapie*, B. XI, H. 3, p. 1115 (Cit. du M. m. W 1920. p. 179)
(9) SEITZ et WINZ. — A. Sonderband zu Strahlentherapie, 1920, p. 300
(10) MASINI. — *Journal de Rad. et d'Electrol*, août 1921, p. 378 (Cité par Drevon du *Sud Médical* 15 131).
(11) CESBRON — *Joural de Rad. et d'Electrol*, août, 1921, p. 378 (Cité par Dinier du *Paris méd*, 5 2 21).
(12) GUNSETT et SICHEL. — *Journal de Rad. et Electrol*, novembre 1923, page 517.
(13) D. QUICK — *Journal Rad. et Electrol*, mai 1923, p. 244 (Cite. par Simone Laborde).

© BIU Santé

gin. Elle a eu onze enfants dont deux sont décédés à la suite de tuberculose pulmonaire, les autres sont en bonne santé. Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans jusqu'à l'âge de 50 ans.

En août 1920, fièvre, courbature, douleurs dans les membres attribuées par la malade à une grippe. Depuis lors, apparition de pertes de sang par l'anus, de douleurs dans le dos augmentées par la défécation. Des pertes sanguinopurulentes ont été remarquées pour la première fois par le vagin vers la mi-janvier. Une tumeur grosse comme un œuf de poule siège sur la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure et fait saillie dans le rectum à 3-4 cm. au dessus du sphincter anal : sa partie centrale est molle et ulcérée du côté du rectum et au niveau de la surface vaginale, elle est dure sur son pourtour et saigne facilement au toucher. L'état général de la malade est mauvais, teint jaune-cireux. Une excision superficielle par voie vaginale permet de poser le diagnostic microscopique d'épithélioma glandulaire parti de la paroi rectale (Fig. 1).



FIG. 1 CARCINOME GLANDULAIRE DU RECTUM (CAS T.DB.) BIOPSIE

Traitement : 2 tubes de 25 mgrs rae furent utilisés : un tube filtré par 0,5 mm. laiton, diamètre 7 mm., fourni à l'institut en 1913, un autre tube filtré par 0.5 mm. platine, diamètre : 3,2 mm., fourni commencement 1919.

21 février 1921 : Placement d'un tube dans le rectum (0,5 mm Pt + 1,5 mm. Pt) et d'un tube dans le vagin (0, 5 mm. laiton + 1 mm. Pb + 1 mm. Ca + 1 mm gaze). Le tube placé dans le rectum fut expulsé au bout de 15 heures, il fut fixé dans la partie moyenne d'un drain de 3 mm de caoutchouc long de 12 cm. introduit complètement dans la cavité rectale et maintenu en contact direct avec l'anus par l'intermédiaire de fils fixés sur les fesses au moyen d'emplâtres (14 et 15). Le tube maintenu au moyen d'un tamponnement à la gaze au niveau de la tumeur vaginale fut laissé durant 23 heures.

24 février : Irradiation durant 13 heures de la partie du rectum située au dessus de la zone traitée le 21 février au moyen d'un tube (0,5 mm. Pt + 1 mm. Pb) placé à la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure (0,5 mm. laiton + 0, 5 mm. Pb + 2 mm. gaze).

26 février : 2 tubes (0,5 mm. Pt ou 0,5 mm. laiton + 1 mm. Pb + 1 mm. caoutchouc + 2 mm. gaze) furent placés au niveau des parties latérales de la tumeur rectale. Irradiation durant 13 heures.

En 6 jours, 18 mcd environ.

31 mars 1921 : La guérison clinique était obtenue au niveau du vagin. Dans le rectum persistait une tumeur grosse comme une noix saignant au toucher.

(14) DE BACKER. — Société Royale de médecine de Gand., *Scalpel.* décembre 1926, p. 1015 à 1018.

(15) DE BACKER. — *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, janvier 1923, n° 1, p. 20 à 32.

1er avril : Irradiation de la région sacrée au moyen de rayons X (8 H, filtre 8 Al, 27-28 cm. étincelle).

1er avril : Irradiation durant 10 heures de la partie centrale de la tumeur rectale au moyen d'un tube de ra. (0,5 mm. laiton + 0,5 mm. Pb) fixé au centre du drain.

2 avril : Irradiation durant 24 heures des parties latérales de la tumeur rectale (0,5 mm. laiton + 0,5 mm. Pb + 2 mm. gaze) et (0,5 mm. Pt + 1,5 mm. Pt + 2 mm. gaze).

2e dose de ra : en 3 jours 12 mcd environ.

12 mai : Il persiste dans le rectum 2 à 3 petits nodules comme une grosse tête d'épingle. Pas de sang au toucher.

13 mai : un tube (0,5 mm. Pt + 0,5 mm. Pb + 3 mm. Ca) est placé au niveau des petites nodosités subsistant dans le rectum. Un tube (0,5 mm. laiton + 1 mm. Pb + 3 mm. Ca) est placé dans la hauteur du vagin. Irradiation du rectum et du vagin : 22 heures.

14 mai : 1 tube (0,5 mm. laiton + 1 mm. Pb + 4 mm. Ca) est placé dans le vagin au niveau d'une petite dépression cicatricielle indiquant l'ancien foyer néoplasique. Durée de l'irradiation : 13 heures.

3e dose de ra : En trois jours : 12 mcd environ.
En 83 jours : 42 mcd environ.

28 juillet 1921 : Au niveau de l'ancienne lésion néoplasique rectale existe un anneau cicatriciel saignant légèrement au toucher et recouvert d'un exsudat glaireux. L'état général de la malade est très bon.

30 août 1921 : Au niveau du vagin la guérison clinique subsiste, mais depuis dix jours la malade perd beaucoup de sang par le rectum. A l'examen rectal on sent une induration diffuse qui fait craindre une récidive tumorale à ce niveau : l'opération est décidée.

30 août : Rayons X au niveau du périnée ;
31 août : Rayons X au niveau de la région sacrée (6 H. 7 1/2 mm. Al., 27-28 cm. d'étincelle).

3 septembre 1921 : Les prof. F. de Beule et F. Daels procèdent à l'extirpation large de la tumeur. Anesthésie rachidienne haute à l'allocaïne 15 cgr. Laparotomie latérale gauche : section transversale de l'S iliaque, abouchement terminal du bout supérieur dans la plaie pour former anus artificiel.

Laparotomie médiane : ligature haute de l'artère mésentérique inférieure, dégagement du bout inférieur de l'S iliaque et de l'ampoule rectale : section des pédicules ovariques et des ligaments ronds ; dégagement de l'utérus de la vessie. Effondrement de l'S iliaque et de l'utérus avec ses annexes dans le petit bassin, péritonisation haute au-dessus des organes effondrés. Malade mise en position gynécologique : fermeture de l'anus en bourse, dégagement par le périnée de l'ampoule rectale ensemble avec le paroi vaginale postérieure, et ablation en bloc de l'ampoule rectale, du bout inférieur de l'S iliaque, de la matrice avec ses annexes, de la paroi vaginale postérieure et du périnée. Fermeture partielle de la brèche et tamponnement à la Miculicz.

Stuites opératoires normales. La malade quitte la clinique fin octobre. La guérison clinique persiste en décembre 1923.

Les photographies (Fig. 2 et 3) montrent la pièce extirpée vue devant et derrière.

Sur les organes génitaux extirpés nous observons une petite dépression cicatricielle à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure à l'endroit où siègeait antérieurement la tumeur. Du côté du rectum, à la hauteur de la cicatrice vaginale précitée, large ulcération annulaire limitée à sa partie supérieure par une zone de muqueuse fortement hyperémiée.

Des fragments furent prélevés pour examen histologique au niveau des endroits suivants :

1) Paroi rectale postérieure en plein milieu de l'ulcération.

2) Paroi rectale antérieure en plein milieu de l'ulcération.

3) Tissu compris entre la paroi rectale antérieure et la paroi vaginale postérieure au niveau de la cicatrice vaginale signalée plus haut.

© BIU Santé

4) Paroi vaginale postérieure au niveau de la même cicatrice.

5) Paroi rectale antérieure dans la zone de muqueuse hyperémiée limitant en haut l'ulcération rectale.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

FRAGMENT. 1. — *Paroi rectale postérieure en plein milieu de l'ulcération.*

Couche nécrotique superficielle limitée d'une part par une muqueuse apparemment normale et d'autre part par un tissu conjonctif présentant à certains endroits une transformation scléreuse, ailleurs des infiltrations lymphocytaires, à d'autres endroits des artères en partie thrombosées ou à parois modifiées (gonflement de l'endothélium, vacuolisation de la media).

FRAGMENT 2. — *Paroi rectale antérieure en plein milieu de l'ulcération.*

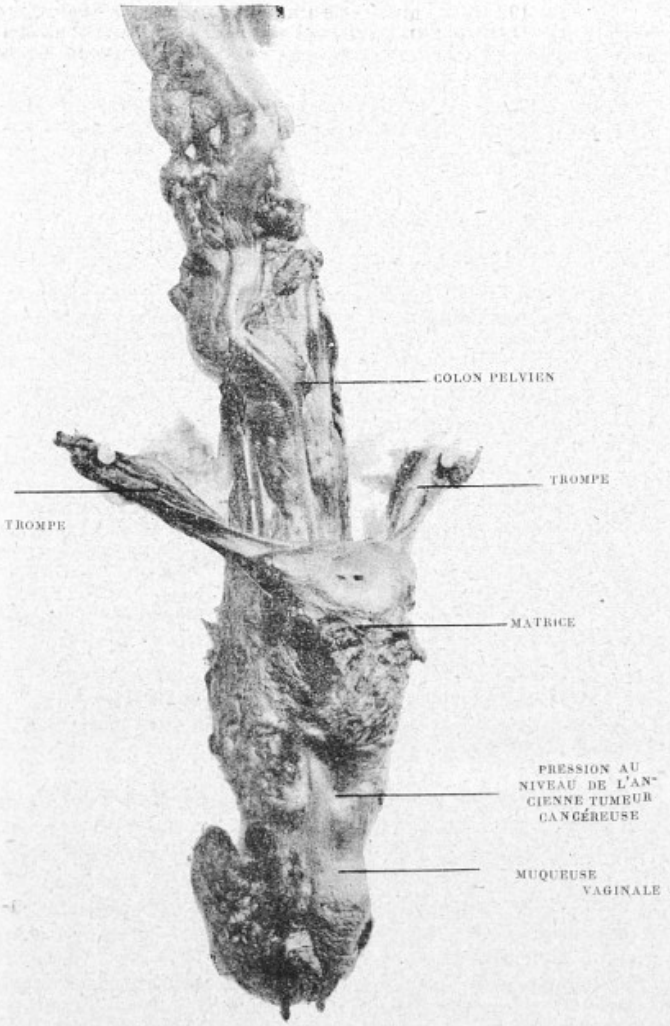


FIG. 2. — Cas *T. D. B.* Pièce extirpée (vue devant).

Nos coupes ne décèlent que du tissu nécrotique et des vaisseaux thrombosés.

FRAGMENT 3. — *Tissu interrecto-vaginal au niveau de la cicatrice vaginale.*

Nous ne retrouvons pas trace de cellule néoplasique. Quelques vaisseaux thrombosés. A d'autres endroits, nous retrouvons les parois vasculaires en dégénérescence fibrinoïde lamellaire et fibrillaire (M. Letulle). Dans la musculature nous observons l'existence de nombreux espaces vides (Fig. 4). L'étude de la structure des tissus à ce niveau fait reconnaître l'existence de nombreuses cellules musculaires en pleine atrophie, réduites à un petit noyau irrégulier et pycnotique et à un filament protoplasmique. La forme de ces fibres et leur disposition nous indiquent que nous avons affaire à des fibres musculaires lisses.

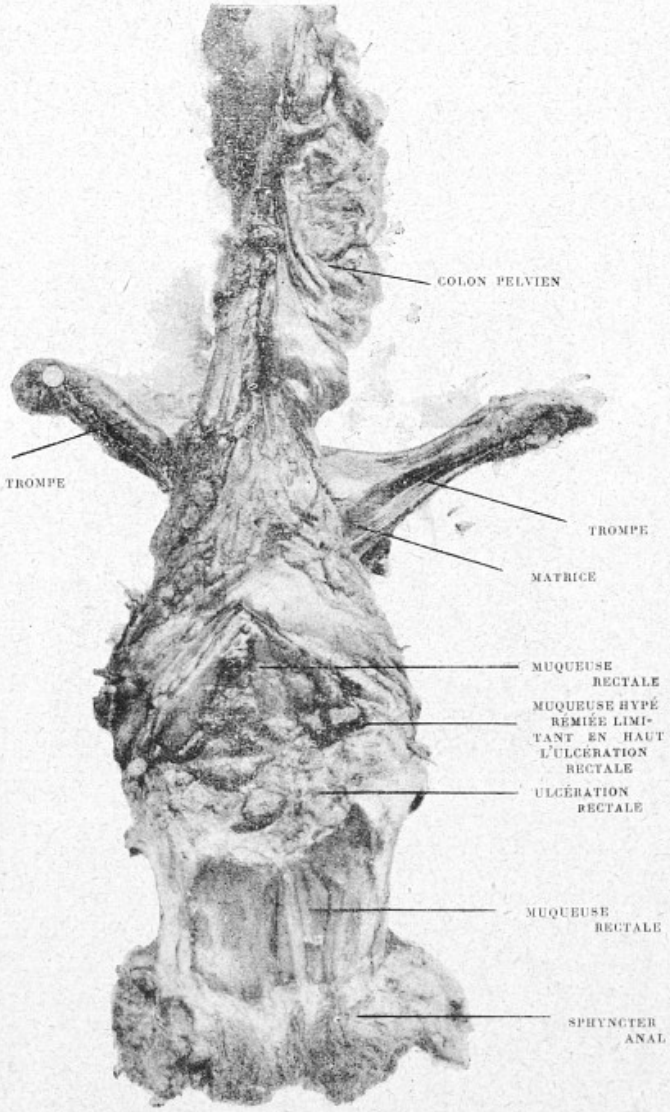


FIG. 3. — Cas *T. D. B.* Pièce extirpée (vue derrière).

Nos observations nous conduisent à admettre que les espaces vides sont dus à la destruction de fibres musculaires lisses.

FRAGMENT 4. — *Paroi vaginale postérieure au niveau de la cicatrice.*

Nous observons les mêmes lésions des fibres musculaires lisses constatées dans le fragment 3 (Fig. 5). A certains endroits existent des infiltrations lymphocytaires

© BIU Santé

pures. *Un épithélium pavimenteux normal recouvre ces lésions.*



FIG. 4.

ESPACES VIDES DANS LA MUSCULATURE INTERRECTO-VAGINALE. FIBRES MUSCULAIRES LISSES EN DEGENERESCENCE.

FRAGMENT 5. — *Paroi rectale antérieure dans la zone de muqueuse hyperémiée limitant en haut l'ulcération.*

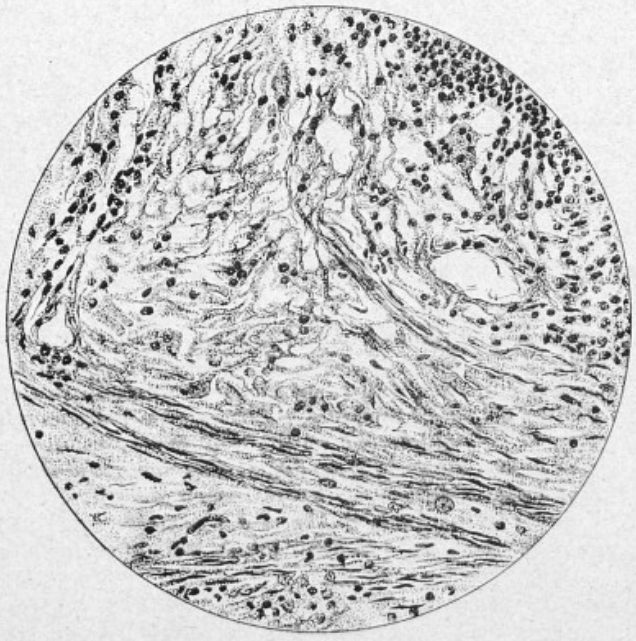


FIG. 5.

FIBRES MUSCULAIRES LISSES EN DEGENERESCENCE A LA LIMITE D'ESPACES VIDES.

Nous observons de fortes dilatations vasculaires et des infiltrations lymphocytaires, un espace vide semble provenir d'un décollement de la muqueuse qui a gardé ses caractères normaux.

CONCLUSIONS.

Nous n'avons plus trouvé trace de cellule néoplasique : nous nous trouvons en présence d'une guérison histologique et d'un retour de tissus à un état histologique normal (paroi vaginale postérieure). Peut-être les espaces vides observés proviennent-ils en partie de la destruction et de la disparition des cellules épithéliomateuses, peut-être quelques fragments protoplasmiques, granuleux observés dans ces espaces sont-ils des reliquats de cellules cancéreuses désagrégées ; l'absence complète de toute figure de transition nous laisse dans le doute à ce sujet. Ils proviennent surtout en partie de la destruction des fibres musculaires lisses.

Le développement de tissu conjonctif scléreux est beaucoup trop réduit pour que nous puissions songer à attribuer à une prolifération et à une sclérose consécutive du tissu conjonctif la disparition de la tumeur. Nous considérons la lésion rectale comme un ulcère tardif dû à l'irradiation : sa forme circulaire, son développement aussi net sur la paroi postérieure que sur la paroi antérieure, sa structure histologique plaident en ce sens. Nous notons de façon spéciale les infiltrations lymphocytaires. Au point de vue clinique, le cas est absolument comparable à ceux relatés par l'école de Regaud au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Paris en septembre 1921, mais il démontre en même temps la possibilité d'une destruction complète de la tumeur sans fistulisation puisque dans ce cas une paroi vaginale normale, au moins dans ses couches superficielles, avait pris la place de la tumeur.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. le Professeur **NOBÉCOURT**.

L'éclampsie dans les néphrites des enfants

Le 21 octobre, on amenait salle Bouchut ce garçon de dix ans. La veille, pendant le déjeuner, il avait eu un vomissement ; dans la nuit, il avait présenté de fréquentes nausées suivies de l'expulsion pénible de quelques mucosités teintées de sang. Le jour même, vers midi, sa mère s'aperçoit qu'il change de figure, que sa tête et son regard devenus fixes se tournent vers la gauche ; à 13 heures, l'enfant déclare qu'il ne voit plus et presque aussitôt il tombe dans un accès convulsif qui dure quelques minutes. Les accès se répètent d'une façon subintrante, et à 15 heures on amène l'enfant à l'hôpital, où mon interne, M. Pichon, l'examine aussitôt.

L'enfant est dans le coma, la tête déviée à gauche, le menton touchant l'épaule. Les yeux sont également déviés à gauche ; il y a de la mydriase, surtout à droite. Les membres du côté droit sont raidis en extension et animés de quelques tremblements. Le membre supérieur du côté gauche est en demi-flexion ; ce membre et l'inférieur sont le siège de convulsions incessantes. Les réflexes muqueux sont disparus. Les réflexes tendineux sont impossibles à percevoir, étant donnés les mouvements qui animent les membres. Il n'y a

© BIU Santé

pas de Babinski, pas de Kernig. La respiration est saccadée, à 30 par minute ; le pouls rapide, régulier, à 130 ; la température rectale de 38°5.

Après avoir pratiqué son examen, M. Pichon fait une ponction lombaire. Il retire 15 cm. de liquide, qui coule en gouttes rapides, sans toutefois hypertension marquée. Ce liquide est d'apparence normale ; il est clair, eau de roche ; l'albumine n'est pas augmentée et on ne trouve pas de leucocytes.

Après cette ponction lombaire, l'état s'améliore rapidement, les convulsions s'apaisent, la raideur des membres disparaît, l'enfant semble dormir.

En l'examinant, on trouve un clonus du pied très fort à droite, moins fort à gauche, des réflexes tendineux un peu vifs, un Babinski bilatéral. La mydriase a fait place au myosis. On remarque que l'enfant n'a pas uriné sous lui et ne s'est pas mordu la langue.

Le lendemain matin, à la visite, cet enfant se sent bien ; il a retrouvé toute sa lucidité d'esprit, répond nettement aux questions qu'on lui pose, mais cependant n'a aucun souvenir des événements qui ont eu lieu la veille. Il voit bien clair, n'accuse pas de céphalée. C'est un garçon de taille et de poids moyens. Il est pâle. Il ne présente aucune trace d'œdèmes. Les réflexes tendineux sont un peu vifs, mais il n'y a plus de Babinski ni de clonus du pied. Il n'y a pas trace de paralysie.

Le cœur paraît, à la percussion, un peu augmenté de volume. Les bruits sont bien frappés, le deuxième bruit de la base est accentué. Pas de bruit de galop.

Le pouls est à 64. La pression sanguine, enregistrée au Pachon, est de 14.5 pour la maxima, de 10 pour la minima, alors que, chez des sujets normaux de même âge, elle est en moyenne respectivement de 12 et 7. La langue est un peu blanche ; les amygdales sont grosses, rouges, enflammées et un examen ultérieur, pratiqué par M. Vassal, montrera l'existence de végétations adénoïdes, qu'il a d'ailleurs opérées, il y a quelques jours. La température est devenue presque normale ; cependant il y a encore 37°9. Le foie et la rate sont normaux.

En regardant le bocal posé à la tête du lit, on voit que les urines sont peu abondantes et n'ont atteint, depuis la veille, que 400 cmc. ; elles sont très troubles, très foncées, rouges, hématiques ; dans le fond du bocal, il y a un dépôt abondant, où le microscope montre de nombreuses hématies, quelques leucocytes, des cylindres hématiques. Ces urines contiennent de l'albumine, dont, à un examen rapide, la quantité paraît supérieure à un gramme.

Du sang est immédiatement prélevé ; il contient une quantité normale d'urée, 0.28 centigrammes par litre de sérum.

Nous recueillons les commémoratifs que la mère a pu donner. L'enfant, a parlé assez tardivement et, jusqu'à 3 ans, ne savait dire que papa et maman. A 5 ans, il a eu une rougeole légère, à 7 ans, la varicelle. Il n'y a pas de syphilis appréciable dans la famille : l'examen de l'enfant n'en révèle aucun signe ; la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le sérum chauffé et non chauffé est absolument négative.

L'enfant a, quelques jours auparavant, le 14, reçu un coup de bâton sur la tête, si bien qu'on s'est demandé s'il n'y aurait pas de relation entre les accidents présents et ce coup. Mais il y a eu simplement une ecchymose sur la face, à la région temporale, et l'enfant était complètement remis quand les phénomènes sont apparus.

Notez que, la veille des accidents nerveux, la mère avait déjà remarqué que l'enfant urinait peu et que ses urines étaient foncées et troubles.

Depuis son entrée, ce malade s'est amélioré très rapidement. Il n'a pas eu de nouveaux accès convulsifs. Il ne se plaint de rien. Comme il avait présenté des troubles oculaires au début, M. Poulard a pratiqué l'examen du fond de l'œil, qu'il a trouvé normal.

Les urines ont augmenté de quantité, d'abord à 1 litre, puis, le 29 octobre, à 2 litres ; en même temps, elles se sont éclaircies, les éléments cellulaires ont disparu, et l'albumine est tombée à 0.15 centigr. par litre.

La pression, enregistrée au Pachon, s'est modifiée. Quand nous l'avons mesurée la première fois, le lendemain des crises convulsives, la maxima était de 14.5, deux jours après elle était de 15.5, mais, le huitième jour, elle était tombée à 12. Il y avait donc eu une chute de 3.5. La minima, qui au début était de 10, était descendue à 8, le huitième jour.

Le cœur ne s'est guère modifié ; cependant il a plutôt diminué de volume. Un orthodiagramme, dessiné par le docteur Duhem, le 24 octobre, a montré des dimensions normales. Le deuxième jour, le second bruit n'était plus accentué.

L'urée du sang, qui atteignait 0 gr. 28 centigr. le jour de l'entrée, s'est élevée quelques jours après, le 31, à 0 gr. 60 centigr. au litre. Cependant l'épreuve de l'azotémie provoquée, pratiquée à ce moment en faisant ingérer à l'enfant quotidiennement, pendant 3 jours, 15 gr. d'urée, a été négative : le lendemain de la dernière prise, l'urée du sang était tombée à 0 gr. 40 centigr.

Le malade n'a pas d'œdème appréciable. Cependant, pendant les neuf premiers jours, il a perdu 2 kgr. 850 de poids. Notez qu'à ce moment il était à la diète hydrique restreinte et n'a pris qu'au bout de quelques jours un demi-litre de lait. On a fait, du 4 au 6 novembre, l'épreuve de la chloruration expérimentale, en donnant, pendant trois jours, quotidiennement 10 gr. de sel : le poids a augmenté de 1 kilo. Quinze jours plus tard, les 21, 22 et 23 novembre, nous avons fait prendre un jour 15 gr. de sel, puis pendant deux jours 20 gr. par jour ; le poids a augmenté de 1100 gr. Il existe donc chez cet enfant un certain degré de rétention hydrochlorurée.

Actuellement l'enfant est aussi bien que possible. Ses urines sont normales, ne contiennent pas d'albumine, même quand il se lève, ni d'éléments cellulaires. Un mois après le début apparent de la néphrite, tout paraît s'être arrangé et nous pouvons porter le pronostic le plus favorable.

En somme, ce garçon est entré pour une *attaque d'éclampsie* qui a marqué cliniquement le début d'une *néphrite aiguë hématurique*.

Quelle est la cause de cette néphrite ? Il n'y a pas eu de scarlatine antérieure : nous n'avons jamais vu de desquamation. Aucune raison ne milite en faveur d'une scarlatine fruste, latente, ignorée ; nous ne pouvons cependant pas la nier.

Le fait précis, c'est que l'enfant a eu de l'*infection pharyngée*, qu'il portait des végétations adénoïdes. Nous savons avec quelle fréquence les néphrites aiguës hématuriques se voient dans les infections pharyngées. Nous pouvons donc retenir cette étiologie comme très vraisemblable.

La crise s'est déroulée comme je l'ai décrite ; d'abord quelques vomissements, puis perte subite de la vision, enfin crises convulsives classiques. Elle est survenue chez un enfant atteint de *néphrite sans œdème*, mais avec une légère rétention chlorurée, sans azotémie, mais avec une légère hypertension.

Malgré l'intensité des phénomènes qui ont marqué le début cette néphrite a évolué rapidement vers la guérison et nous pouvons porter un pronostic favorable.

***

L'ÉCLAMPSIE DANS LES NÉPHRITES a été décrite avant qu'on la rattachât à une affection des reins.

Si l'on consulte la première édition du *Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants* de Rilliet et Barthez, qui date de 1843, on y lit, au chapitre de la scarlatine, qu'on voit des convulsions dans l'anasarque tardive. Ces auteurs, en rapportent 5 cas, les premiers observés en 1837, par Odier, de Genève, et par Trousseau ; parmi eux est un cas personnel.

Lisez maintenant la deuxième édition, publiée en 1853, dix ans après. Rilliet et Barthez y disent que l'hydropisie scarlatineuse albuminurique, décrite par Legendre, est

© BIU Santé

identique à la néphrite albumineuse aiguë ; que l'éclampsie scarlatineuse fait partie de l'encéphalopathie albuminurique.

Cependant les faits sont encore assez mal connus, car dans les descriptions de la maladie de Bright ou néphrite albumineuse et des convulsions, il n'est pas question de l'éclampsie d'origine néphritique.

Ouvrez maintenant la troisième édition qui a été donnée, en 1887, par Barthez et Sanné. L'encéphalopathie convulsive y est décrite au chapitre de l'albuminurie, de la maladie de Bright, de la néphrite parenchymateuse épithéliale, et au chapitre des convulsions, comme une complication de l'urémie.

Il est intéressant de parcourir les trois éditions successives d'un même traité pour voir comment ont progressé les notions relatives à l'éclampsie des néphrites de l'enfance. La clinique a été bien connue de bonne heure ; la pathogénie, au contraire, a été l'objet de discussions nombreuses et, à l'heure actuelle, elle n'est pas encore définitivement élucidée.

C'est chez l'enfant que l'éclampsie des néphrites doit être étudiée, car, si elle se rencontre à tous les âges, elle est surtout fréquente chez lui. D'une façon générale, d'ailleurs, c'est pendant l'enfance que se produisent avec prédilection les convulsions ; elles se produisent d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune.

***

Le SYNDROME ÉCLAMPTIQUE consiste dans un *accès convulsif* qui débute brusquement, qui fait explosion comme l'indique l'étymologie. Subitement l'enfant devient pâle, son regard fixe ; il perd connaissance et tombe ; il présente alors une raideur généralisée : c'est la phase tonique, la phase de tension ; elle est très courte. Presque aussitôt apparaissent des convulsions, qui caractérisent la phase clonique, la phase d'agitation. Les muscles se contractent et se relâchent alternativement et coup sur coup, de sorte que les membres, les segments de membre, le tronc, le cou, la face, sont animés de secousses irrégulières.

Les convulsions sont presque toujours généralisées ; elles peuvent cependant prédominer d'un côté. Quelquefois, elles existent uniquement d'un côté ; quelquefois même, elles peuvent intéresser seulement un membre ou la face. Il y a des cas où elles débutent par un des membres et gagnent progressivement tous les autres. Elles sont plus ou moins intenses.

Le visage est congestionné, vultueux, la respiration rapide, bruyante, stertoreuse. Il y a de la tachycardie. On constate de la mydriase, beaucoup plus rarement du myosis.

Après une ou deux minutes, les convulsions s'arrêtent, le malade reste quelque temps dans la torpeur ou dans le coma.

Il y a des cas où l'accès convulsif reste unique : ce sont les plus exceptionnels. Plus habituellement les accès se répètent et leur succession réalise l'*attaque d'éclampsie*. Certains malades ont des accès subintrants ; d'autres des accès plus espacés, d'une heure, de deux heures, de trois heures ; d'autres des accès encore plus rares, Rilliet et Barthez relatent l'observation d'un enfant qui, pendant 4 jours eut chaque jour 1 ou 2 accès. Moi-même, avec M. Harvier, j'ai publié l'observation d'un garçon de 12 ans qui, pendant 4 jours, eut chaque jour un accès. Mais le plus souvent les accès se répètent.

Quand les accès se répètent à brefs intervalles, l'enfant reste plongé dans la torpeur et même dans le coma. Quand les accès s'espacent, il reprend sa lucidité d'esprit.

L'attaque elle-même, c'est-à-dire l'ensemble des accès, a une durée plus ou moins longue. Elle peut durer 1 heure, 2 heures, une demi-journée, 3 ou 4 jours. D'après Rilliet et Barthez, elle durerait en moyenne une douzaine d'heures.

Souvent, le plus souvent même, la terminaison est favorable, mais il y a des cas où l'attaque se termine par la mort.

Les *prodromes* peuvent faire défaut. Quand ils existent, ils précèdent l'accès de quelques heures, d'un jour ou deux. Ce peuvent être : une céphalalgie violente, des vomissements, de l'agitation, de la loquacité ou de l'assoupissement, des convulsions partielles, l'amaurose.

A la suite de l'attaque, l'enfant reste plus ou moins longtemps dans la torpeur. Il présente des symptômes nerveux divers, dont notre malade nous fournit des exemples. Les réflexes peuvent être exagérés, puis abolis ; on peut voir le signe de Kernig, le clonus du pied, etc, etc.

Quelquefois, apparaissent des *paralysies post-éclamptiques*, que l'on a décrites sous le nom de *paralysies urémiques*. Elles sont assez rares chez l'enfant M. Baillet, dans sa thèse de 1898, cite quelques faits observés chez des enfants, surtout dans l'éclampsie des néphrites scarlatineuses. Ce sont des paralysies flasques à type hémiplégique ou monoplégique, que l'on constate quand l'enfant sort du coma. Elles siègent généralement du côté droit. Elles sont variables. Elles s'accompagnent d'abolition ou de diminution des réflexes. Elles rétrocèdent rapidement au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'hémiplégie droite s'accompagne souvent d'*aphasie*, qui disparaît en même temps que la paralysie.

Voici brièvement esquissé le syndrome éclamptique, avec ses prodromes brefs, son début soudain, la succession des accès, la terminaison généralement favorable.

***

Il nous faut maintenant préciser dans quelles circonstances apparaît l'éclampsie au cours des néphrites.

Chez l'enfant, le syndrome éclamptique se voit surtout dans les *néphrites aiguës* ou *subaiguës*, beaucoup plus rarement dans les *néphrites chroniques*, qui sont d'ailleurs moins communes.

Parmi les NÉPHRITES AIGUES, les *néphrites scarlatineuses* occupent la première place. C'est dans la scarlatine que l'éclampsie a été décrite tout d'abord. L'éclampsie apparaît pendant la convalescence, au moment où se réalise la néphrite, c'est-à-dire quinze ou vingt jours après l'éruption. Elle se montre non seulement dans les *scarlatines avérées*, mais aussi dans les *scarlatines frustes*, *méconnues*, *occultes*, qui se traduisant par une éruption légère et discrète, ou par une simple angine et que fait reconnaître rétrospectivement l'apparition d'une néphrite.

Les *néphrites d'origine pharyngée*, comme celle présentée par notre malade, qu'on appelle encore *néphrites a frigore* ou *néphrites primitives*, peuvent être également la cause de l'éclampsie.

Les autres *néphrites des maladies infectieuses* la provoquent plus rarement. Cependant on peut la voir dans la néphrite de la diphtérie : par exemple, Cadet de Gassicourt rapporte dans son *Traité clinique des maladies de l'enfant*, que, sur plus de mille enfants, trois seulement ont présenté une anasarque généralisée et ont succombé à des accidents convulsifs. »

L'éclampsie peut apparaître soit au cours d'une *néphrite avérée*, soit dans une *néphrite occulte, ignorée*.

Quand la néphrite est *avérée*, il existe les symptômes bien connus. Souvent les enfant sont un œdème plus ou moins étendu, de l'anasarque Les urines sont généralement diminuées de volume, troubles, foncées, contiennent du sang, de l'albumine en plus ou moins grande quantité.

L'éclampsie peut être *précoce*, apparaître dès les premiers jours de la néphrite, ou *tardive*, se montrer au bout de 2 ou 4 semaines. Dans ce cas, l'œdème, quand il existe, peut avoir présenté des alternatives d'augmentation et de diminution ; parfois comme l'avaient vu Rilliet et Barthez, il diminue au début ou au cours de l'attaque et augmente après sa terminaison.

Dans d'autres cas, c'est au début d'une *néphrite ignorée* que l'éclampsie se produit. L'enfant est en bonne santé apparente, quand, tout d'un coup, il est pris de convulsions ; c'est alors l'éclampsie qui conduit au diagnostic de la néphrite. Le malade, que je viens de vous montrer, en est un bel exemple.

© BIU Santé

Dans les NÉPHRITES CHRONIQUES, l'éclampsie est plus rare que dans les néphrites aiguës. Elle peut survenir, à l'occasion de poussées aiguës, à intervalles plus ou moins éloignés. En général, elle est *terminale*; elle se voit surtout alors dans des néphrites chroniques atrophiques qui rappellent le mal de Bright des adultes.

***

Cet accès d'éclampsie que je viens de vous décrire c'est, en somme, l'*accès d'épilepsie*, l'accès d'épilepsie *dite essentielle* ou l'accès d'épilepsie *symptomatique* d'affections diverses. Le DIAGNOSTIC est avant tout un *diagnostic étiologique*.

Il n'y a que des différences de détail, du point de vue clinique, entre l'*éclampsie des néphrites* et l'*accès d'épilepsie dite essentielle*. On a dit que, dans l'éclampsie des néphrites, il n'y avait pas d'aura, pas de cri initial, pas de flexion du pouce dans le creux de la main, pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire. Mais ce sont des nuances. Ces symptômes font souvent défaut dans l'épilepsie et peuvent se rencontrer dans l'éclampsie. Il n'y a entre elles aucune différence essentielle ; et, d'autre part, c'est au même âge, entre 7 et 15 ans, qu'on les voit souvent débuter.

On rencontre même parfois des cas délicats ; il y a tel enfant qui a eu des accès d'épilepsie et qui, un jour, à propos d'une néphrite, présente une crise d'éclampsie. On s'est même demandé, à un moment donné, si l'éclampsie des néphrites n'était pas parfois une crise d'épilepsie provoquée par l'auto-intoxication due à la néphrite ; le fait est possible, mais exceptionnel.

Les *épilepsies symptomatiques* ressemblent également à l'éclampsie des néphrites. Il faut donc passer en revue les différentes causes de ces épilepsies symptomatiques. On peut les voir au début d'une affection aiguë fébrile, telle que la pneumonie, la méningite aiguë, l'encéphalite aiguë, dans les tumeurs cérébrales, le ramollissement cérébral, l'hémorragie encéphalique ou méningée, ou encore au cours de certaines intoxications par l'alcool, la belladone, etc.

Généralement, quand on se trouve en présence d'un enfant d'âge moyen ou d'un grand enfant, qui présente, sans cause valable, une crise d'éclampsie, il faut penser à la néphrite et de suite à examiner les urines pour rechercher l'albuminurie. Si l'enfant n'urine pas, on le sonde.

Dans certaines circonstances, on est amené à faire une *ponction lombaire* qui pourra élucider le diagnostic et aura d'autre part une action thérapeutique. En cas d'éclampsie néphritique, le liquide est plus ou moins hypertendu, clair, d'apparence normale ; la quantité d'albumine n'est pas augmentée ; les chlorures ont un taux normal ; il n'y a pas de réaction leucocytaire ; enfin l'urée peut être normale, quelquefois augmentée.

Au cours des néphrites, certaines INTRICATIONS se rencontrent quelquefois : les convulsions peuvent apparaître sous des influences autres que celles relevant directement de l'affection rénale, être dues à un *ramollissement cérébral*, à une *hémorragie méningée* ou *encéphalique*, à une *méningite*. Ce sont des faits d'ailleurs assez exceptionnels.

Bouchut, dans la *Clinique de l'Hôpital des Enfants-Malades*, publiée en 1884, rapporte l'observation d'une fille de dix ans et demi qui, depuis 4 mois, avait de l'anasarque et de l'albuminurie. Un jour, elle est prise d'amaurose, puis de convulsions violentes, à type épileptique, qui durent vingt-quatre heures. Quand elle sort du coma, on constate une hémiplégie droite, flasque au membre inférieur, spasmodique au membre supérieur, et de l'aphasie. Elle reste dans cet état pendant trois semaines. Survient alors un nouvel accès convulsif. Finalement l'enfant meurt, et on trouve à l'autopsie un *ramollissement blanc de tout l'hémisphère gauche*.

L'*hémorragie cérébrale* et *méningée* s'observe surtout dans les néphrites chroniques avec hypertension.

Dans un mémoire publié dans l'*American Journal of Diseases of Children*, en mars 1922, Greene rapporte 27 observations de néphrites chroniques : 5 fois il y eut des convulsions ; une fois, chez une fille de 7 ans, elles étaient dues à une hémorragie cérébrale.

Plus intéressante est l'étude des convulsions dues à une *méningite*, qui surviennent dans les néphrites.

Dans les néphrites, pendant ou à la suite de l'éclampsie, on observe souvent des *symptômes méningés*, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig, etc., de la fièvre ; si on pratique la ponction lombaire, on trouve alors parfois un liquide clair ou trouble, albumineux, contenant un grand nombre de polynucléaires normaux ; ce liquide est stérile ; il ne contient pas de microbes, ni sur lames, ni par ensemencements. Si l'enfant meurt, on ne trouve pas de méningite à l'autopsie. Il s'agit d'*états méningés* et non pas de véritable méningite bactérienne. Le professeur Hutinel, dans le *Bulletin médical* du 28 janvier 1914, MM. Pierre Mauriac et Philip, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 28 janvier de la même année, ont publié les observations de garçons de 10 et de 8 ans qui présentaient de tels états méningés. Je ne m'arrête pas sur ces faits dont la pathogénie est encore discutée.

Dans d'autres cas, les convulsions sont dues à une véritable *méningite microbienne*. Avec M. Roger Voisin nous avons publié, en 1909, dans les *Archives de médecine des enfants* l'observation d'un garçon de 15 ans, qui était entré dans le service du professeur Hutinel pour de la dyspnée, de l'anasarque et de l'albuminurie ; il s'agissait d'une néphrite aiguë, probablement d'origine scarlatineuse. Le cinquième jour, l'état s'aggrave, la température s'élève à 39°-40°, le malade présente des vomissements, de la céphalée, de la somnolence. La nuit suivante, il est pris de crises convulsives très fortes, suivies de coma. Le lendemain on constate de la raideur de la nuque et des membres inférieurs. La ponction lombaire donne un liquide purulent, contenant des pneumocoques. L'enfant meurt à midi. L'autopsie montre une *méningite à pneumocoques*.

Il est intéressant d'élucider les faits de ce genre, parce que le traitement peut varier et surtout le pronostic est bien différent. La ponction lombaire permet d'éviter une erreur de diagnostic.

***

Quand, rarement d'ailleurs, on a l'occasion de pratiquer l'AUTOPSIE d'un enfant mort d'éclampsie au cours d'une néphrite, il y a des cas où l'on trouve de l'œdème cérébral, un peu de congestion des méninges et du cerveau, de l'atrophie ventriculaire. Mais, dans d'autres cas, on ne trouve aucune lésion appréciable. Déjà, dans la deuxième édition de leur traité, Rilliet et Barthez rapportaient en note l'observation d'un enfant de 10 ans, mort en pleine éclampsie au cours d'une néphrite scarlatineuse ; ils constatent l'absence d'hydropisie ventriculaire ; cependant, ajoutent-ils « les circonvolutions étaient tassées et, après l'ouverture des ventricules, leur cavité restait béante, comme si elle avait été distendue par du liquide. »

Autrefois on attribuait l'éclampsie à l'*hydrocéphalie ventriculaire*, considérée comme une hydropisie réalisée en même temps que l'anasarque. Toutefois, comme nous venons de le voir, on avait remarqué des autopsies contradictoires : tantôt l'hydrocéphalie existait alors que l'enfant n'avait pas présenté de symptômes nerveux ; tantôt il y avait eu éclampsie et l'hydrocéphalie faisait défaut.

Plus tard, quand on eut édifié la théorie de l'urémie, on attribua les convulsions à l'auto-intoxication résultant de l'insuffisance de la dépuration rénale, on la qualifia d'*éclampsie urémique*.

Actuellement, l'*urémie est démembrée* et notamment l'urémie cérébrale. Vous lirez avec intérêt sur cette question un mémoire récent de M. Lemierre, paru dans les *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires* du 15 mars 1923.

Depuis les recherches du professeur Widal et de ses élèves il faut dissocier les faits : ils relèvent, les uns de l'*hydrochlorurémie*, les autres de l'*azotémie*, les derniers de l'*hypertension artérielle*.

© BIU Santé

Il nous faut donc, pour élucider la PATHOGÉNIE de l'éclampsie dans les néphrites, rechercher le rôle de chacun des facteurs.

A la vérité, bien peu d'observations ont été recueillies avec une méthode suffisamment rigoureuse pour permettre d'en tirer des conclusions. En voici quelques-unes brièvement résumées.

Je mentionnerai surtout des *néphrites aiguës*.

Dans une observation d'*éclampsie urémique scarlatineuse*, présentée par Guéneau de Mussy à l'*Académie de médecine*, le 2 mai 1882, le professeur d'Espine, de Genève, dit avoir dosé dans le sang trois fois plus d'urée que dans le sang de sujets normaux.

Mais, à ma connaissance, l'observation que j'ai publiée avec M. Harvier, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 23 octobre 1908, est la première qui ait été étudiée d'après les données actuelles. Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui venait probablement d'avoir une scarlatine. En pleine santé, il est pris d'un accès d'éclampsie. Le médecin qui le voit constate de l'albuminurie. Un deuxième accès d'éclampsie survient le lendemain. A l'hôpital, il a un troisième accès, auquel nous assistons ; la nuit suivante, se produit un quatrième accès, le dernier.

On note, un peu de bouffissure des paupières, mais pas d'œdème véritable. Les urines sont très hématiques, contiennent beaucoup d'albumine. Je passe sur les symptômes nerveux.

On pratique la ponction lombaire. Le liquide *céphalo-rachidien* est clair, légèrement hypertendu, d'apparence normale. On trouve 1 gr. 23 d'urée par litre, c'est-à-dire une légère *azotémie*.

Malgré l'absence d'œdème, il existe une *rétention hydrochlorurée* manifeste ; en effet le poids diminue de 4 kil. 500 en 6 jours, c'est à-dire d'environ 1/7e du poids du corps.

Enfin la pression artérielle, mesurée au Potain, est, le troisième jour, de 19, le sixième jour de 15,5, le douzième jour de 11,5 ; normalement elle devrait être, pour un garçon de cet âge, de 13 à 14 ; il y a donc eu une *hypertension* manifeste.

L'année suivante, avec M. Roger Voisin, nous avons eu l'occasion d'observer un autre fait.

Il s'agit d'un garçon de 12 ans. Il a une affection fébrile, caractérisée par une angine et une éruption légère, peut être scarlatineuse.

Dix-sept jours après, il est pris d'anasarque ; ses urines sont rares, hématiques, albumineuses ; il entre à l'hôpital. Les jours suivants, l'anasarque commence à se résorber, puis reste stationnaire.

Au 26e jour de la néphrite, brusquement éclate un accès d'éclampsie ; en seize heures, l'enfant a dix accès. On pratique une saignée de 300 grammes et une ponction lombaire, qui retire un liquide céphalo-rachidien normal. L'enfant s'améliore. Trois mois après, l'albuminurie a disparu. Nous n'avons pas recherché l'azotémie.

Il existe évidemment de l'*hydrochlorurémie* ; l'œdème et une chute de poids d'environ 7 kgr. le montrent.

Quant à la pression artérielle, elle est, au début, de 15, au Potain, au bout de quelques jours, de 12 ; le lendemain des crises éclamptiques, elle est remontée à 15,75 et ultérieurement, elle retombe à 12.

Un garçon de 6 ans et demi, dont l'observation est rapportée par M. Ducheix dans sa thèse de 1922, amené à l'hôpital dans le coma consécutif à une attaque d'éclampsie, a un léger œdème, une pression artérielle normale, une légère azotémie de 0 gr. 55.

MM. Gautier et Guder, de Genève, chez un garçon de 11 ans, mort en vingt-quatre heures d'éclampsie, ont trouvé, au Vaquez-Laubry, une pression maxima de 21 et une minima de 16, un léger œdème malléolaire et une azotémie de 0 gr. 87.

L'enfant, (que je vous ai présenté tout à l'heure), n'avait pas d'azotémie ; il avait une chlorurémie discutable ; sa pression était plutôt élevée, puisqu'en trois jours la pression maxima s'est abaissée de 3 cent. 5 de mercure, et la minima de 2 cent.

Voici pour les néphrites aiguës. Quant aux observations d'éclampsie dans les *néphrites chroniques*, elles sont rares.

Chez une fille de 11 ans, dont l'observation est publiée par Mlle Kœssler dans sa thèse de 1912, la pression atteignait 18,5-13,5, au Pachon, le deuxième jour de l'éclampsie, et était tombée, le quatrième jour, jour de la mort, à 13 8 ; il y avait très peu d'œdème et 0 gr. 83 d'urée dans le liquide céphalo-rachidien.

Chez une fillette dont j'ai publié l'observation dans le *Progrès médical* du 7 octobre 1922, quatre jours après une première crise d'éclampsie survenue à 13 ans, il n'y avait pas d'œdème ; le sérum sanguin contenait 0,73 d'urée : la pression au Pachon était de 14-6, puis, quelque temps après de 11-3. Quelques jours après une seconde crise survenue treize mois plus tard, l'œdème faisait toujours défaut, l'urée sanguine atteignait 2 gr. 64, la pression était, au Vaquez-Laubry, de 10-7,5.

Dans une observation publiée par John Henderson, dans le *Glascow medical journal*, en juin dernier, il s'agit d'une fillette qui mourut après plusieurs attaques d'éclampsie ; elle n'avait pas d'œdème ; la pression était élevée. L'autopsie montra une sclérose rénale et un ventricule gauche très hypertrophié.

Nous ne possédons donc que peu de documents pour juger des conditions pathogéniques de l'éclampsie dans les néphrites des enfants.

Envisageons les *néphrites aiguës*, qui sont des plus communes.

L'*azotémie* ne paraît jouer aucun rôle : dans 4 cas, le taux de l'urée était 0 gr. 28, 0 gr. 55, 0 gr. 87, 1 gr. 23. D'ailleurs, il est admis communément que l'éclampsie n'est pas une manifestation de l'azotémie cérébrale.

L'*hydrochlorurémie* doit retenir l'attention. Il est certain qu'il existe parfois des rétentions hydrochlorurées importantes. Mais elles ne sont pas constantes. Il y a des cas où il est impossible de les mettre en évidence et même des cas où elles font défaut.

Sur 5 malades, l'œdème n'était important que chez un ; de tels faits imposent une certaine réserve. Mais nous ne devons pas oublier que, d'après M. Widal et M. Lemierre, l'éclampsie est la manifestation la plus intense des accidents nerveux d'origine chlorurémique.

L'*hypertension artérielle* joue un rôle manifeste dans la production des accès convulsifs. Avec le professeur Vaquez, en 1896, nous avons montré son rôle dans la production de l'éclampsie puerpérale. Pal et M. Vaquez ont montré son intervention dans la production de l'éclampsie des saturnins. On connaît depuis longtemps son rôle dans l'éclampsie des néphrites.

Or, l'hypertension se rencontre, nous le voyons, assez communément, chez nos malades, sur 5 cas, elle existait 4 fois.

Il faut donc retenir comme très probable l'intervention de l'hypertension dans la production de l'éclampsie au cours des néphrites aiguës des enfants. Il faut savoir d'ailleurs qu'il est très difficile, dans bien des cas, de la mettre en évidence : en effet ce n'est pas une hypertension durable ; c'est une hypertension essentiellement transitoire, qui survient au début ou au cours d'une néphrite, sous forme de crises passagères. Si on ne saisit pas le moment où elle se produit, et souvent les conditions de l'observation ne le permettent pas, elle passe naturellement inaperçue.

Il existe, dans un certain nombre de cas, à la fois de l'œdème, de la rétention hydrochlorurée et de l'hypertension. On peut se demander si la rétention hydrochlorurée n'est pas le facteur de cette hypertension. C'est possible. En effet on peut voir une certaine relation entre l'élévation de la pression sanguine et l'augmentation de poids

© BIU Santé

d'une part, entre la diminution du poids et l'abaissement de la pression, d'autre part. Mais les variations de la pression sont généralement très minimes, par rapport à celle du poids, comme je m'en suis assuré avec M. Voisin. D'ailleurs les malades ne sont pas rares qui ont de gros œdèmes et une pression sanguine normale ou faible.

Retenons donc que deux facteurs peuvent jouer un rôle dans la production des accès d'éclampsie au cours des néphrites aiguës : la rétention hydrochlorurée et l'hypertension. Les avis sont encore partagés sur leur rôle respectif. Peut-être y a-t-il, comme l'écrit M. Lemierre, « intrication de l'hypertension artérielle et de la chlorurémie. » Pour ma part, je pense que l'hypertension joue le rôle le plus important.

Les mêmes discussions peuvent se poursuivre à propos du phénomène qui précède souvent l'apparition de l'éclampsie, à propos de l'*amaurose*. Une observation de MM. Widal et Vaucher, publiée à la *Société médicale des hôpitaux*, le 15 avril 1910, le montre. Un garçon de 15 ans, quinze jours après une angine, est pris d'une céphalée intense, avec un léger œdème et des urines hématiques, il se rend à la consultation de l'hôpital Cochin. Dans la salle d'attente, il est pris d'une amaurose subite ; il cesse de voir. On constate une hypertension (17,5 le troisième jour) assez marquée, un gros cœur et un bruit de galop, une certaine rétention chlorurée, traduite par la chute du poids, malgré l'absence d'œdème ; il n'y a pas d'azotémie. Cet enfant n'eut pas de crises convulsives.

Le temps me manque pour discuter la pathogénie des accès éclamptiques dans les *néphrites chroniques*, avec petit rein scléreux et hypertension. On peut admettre avec M. Lemierre, qu'« il est légitime d'attribuer à l'hypertension artérielle les accidents ccnuvlsifs. »

***

Les accès d'éclampsie dans les *néphrites aiguës* comportent souvent un PRONOSTIC favorable. L'opinion émise en 1853 par Rilliet et Barthez, ces grands cliniciens, reste exacte : « Malgré la gravité apparente des symptômes, la terminaison la plus ordinaire est le retour à la santé, quand la forme éclamptique domine ». Cependant, les enfants meurent quelquefois d'éclampsie au cours des néphrites aiguës.

Dans les néphrites scarlatineuses, Rilliet et Barthez citent 2 morts sur 11 cas ; West 5 morts sur 12 cas ; Cadet de Gassicourt, 7 morts sur 14 cas.

Dans les 6 observations que j'ai citées pour cette leçon, nous relevons une mort.

Donc, si, d'une façon générale, le pronostic de l'attaque d'éclampsie est favorable, on ne doit pas oublier qu'il y a des formes particulièrement graves.

Quant au *pronostic de la néphrite* elle-même, il n'est pas plus grave parce qu'elle a provoqué l'éclampsie ; ces néphrites aiguës sont même souvent relativement bénignes. Il y a un mois que notre malade est entré à l'hôpital ; aujourd'hui il va bien. Souvent ces néphrites guérissent d'une façon très satisfaisante.

Il n'en est pas de même pour l'éclampsie des *néphites chroniques* ; alors le pronostic est des plus graves ; si elle peut avoir une terminaison favorable quand elle est occasionnée par une poussée aiguë, souvent elle est *terminale*, entraîne la mort ou ne la précède que de peu.

***

En présence d'une attaque d'éclampsie, un TRAITEMENT D'URGENCE s'impose.

On pratique la *saignée* par *phlébotomie*. Il faut faire une saignée copieuse, mais ne pas la faire trop rapide, parce qu'elle entraînerait, par un mécanisme bien connu des physiologistes, une vaso-constriction réflexe qui s'opposerait à l'abaissement escompté de la pression sanguine. On fera donc une saignée abondante, de 300, 400 ou 500 cm. suivant l'âge des malades.

Si la phlébotomie est impossible, on applique des *ventouses scarifiées* sur les régions lombaires, des *sangsues* sur les apophyses mastoïdes ; mais ces moyens ne sont pas aussi efficaces que la phlébotomie.

Vous pouvez encore pratiquer une *ponction lombaire*. Elle fait disparaître, on l'a dit, comme par enchantement, les convulsions.

C'est ce qui s'est passé pour notre malade. Ce résulta prouve le rôle de l'hypertension intra-crânienne dans la production des convulsions. Mais faites cette ponction lombaire avec beaucoup de précautions ; il ne faut pas oublier que les enfants atteints de néphrite aiguë sont des infectés et font facilement des complications infectieuses.

La ponction doit être faite lentement, pour ne pas décomprimer trop brusquement les centres nerveux. Il est préférable de la pratiquer en laissant le malade couché, pour la même raison.

D'autre part, la ponction lombaire permettra parfois de reconnaître l'existence d'une méningite.

Trousseau a rapporté, en 1837, le fait intéressant d'un enfant atteint de convulsions très graves, prédominant d'un côté, que rien n'arrêtait. Il dit les avoir calmées en *comprimant la carotide* du côté opposé à celui où prédominaient les convulsions. A cette période on ne connaissait pas la ponction lombaire et ce traitement pouvait être précieux. Retenez-le pour l'employer si les circonstances ne vous permettaient ni la saignée ni la ponction lombaire. On comprime la carotide à la base du cou du côté opposé où prédominent les convulsions, ou successivement des deux côtés, quand les convulsions sont bilatérales.

Il ne faut pas hésiter à avoir recours à ces méthodes thérapeutiques ; il ne faut pas oublier cependant que les convulsions dans les néphrites aiguës ont en général une tendance spontanée à s'arrêter.

Il convient en outre de mettre l'enfant au repos, de le tenir au chaud. Faites des enveloppements humides et tièdes de tout le corps dans un drap mouillé, ou seulement des enveloppements thoraciques.

N'ayez pas recours aux médicaments tels que le chloral, les bromures, etc. ; ils sont inutiles et ne sont pas anodins.

Une fois les convulsions terminées, c'est le *traitement de la néphrite* qu'il convient d'instituer.

Pendant les premiers jours, vous mettez l'enfant à la diète hydrique restreinte, avec un demi-litre d'eau sucrée ; ultérieurement vous instituez le régime lacté ou un régime déchloruré.

***

Il était intéressant, de profiter de la présence de cet enfant dans le service pour étudier l'éclampsie dans les néphrites. Vous en rencontrerez un cas de temps à autre, mais elle n'est pas très fréquente.

Rappelez-vous que c'est dans les néphrites aiguës de l'enfance qu'on l'observe surtout et principalement dans les néphrites post-scarlatineuses et les néphrites d'origine pharyngée. Rapppelez-vous qu'elles peuvent apparaître au cours de néphrites déjà reconnues ou qu'elles peuvent être la première manifestation d'une néphrite latente jusque-là ; que, quand un enfant, après deux ans, est pris de convulsions, étant en apparence en pleine santé, il faut penser à l'éclampsie des néphrites, faire un examen des urines, ausculter le cœur, prendre la pression sanguine. Rappelez-vous que l'éclampsie des néphrites aiguës a souvent un pronostic bénin, mais que cependant elle peut être grave ; que dans les néphrites chroniques, elle est généralement un accident terminal. Rappelez-vous enfin le traitement qu'il convient d'instituer.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1924

Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. — MM. ***Méry et Girard***, (à propos du procès-verbal) ont obtenu chez l'enfant d'excellents résultats dans les rechutes. Ils insistent sur les accidents de choc vaccinal qui leur a fait déplorer 3 cas de mort. La vaccination doit être précoce au cours de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire avant le 10e jour.

M. ***Guinon***, à la suite de 2 cas de collapsus, a abandonné cette méthode.

Myoclonie du diaphragme d'origine encéphalitique. — MM. ***Halbron et Gambillard***, rapportent l'histoire d'une malade qui présente après quelques jours de courbature des secousses violentes de l'abdomen, véritable « danse du ventre », dues à des contractions rythmiques du diaphragme gauche. Ces mouvements réguliers que rien n'influençait et qui persistaient pendant le sommeil, durèrent pendant tout le séjour de la malade. Celle-ci avait présenté trois mois avant des troubles nets d'encéphalite léthargique. Le liquide céphalo-rachidien, sans réaction cellulaire anormale, contenait du sucre en excès.

Quelques aspects du pylore vus au gastrocope. — MM. ***Bensaude et Oury*** attirent l'attention sur l'intérêt que présente la gastroscopie et présentent quelques aspects du pylore vus au gastrocope.

Les auteurs insistent sur les caractères d'une nouvelle méthode gastroscopique, véritable cystoscope gastrique de Sternberg ; importance de la position genu cubitale qui facilite l'introduction de l'instrument. tout en bouleversant véritablement les rapports de l'estomac.

Méningite suppurée suraiguë à pneumobacilles de Friedlander. — M. ***P. Menetrier et Mme Bertrand-Fontaine*** rapportent l'observation d'une malade ayant présenté une méningite suraiguë à début aploplectiforme ayant évolué en 4 jours vers la mort.

Les signes méningés étaient frustes, la ponction lombaire ne ramena pas de liquide. Mais il existait une paralysie de la 3e et de la 7e paires gauches, une hémiparésie droite, des troubles respiratoires et circulatoires qui firent porter malgré tout le diagnostic de méningite. A l'autopsie, les constatations anatomiques et bactériologiques établirent qu'il s'agissait d'une méningite suppurée à pneumo bacilles de Friedlander.

Les observations analogues sont rares, la méningite à Friedlander étant habituellement consécutive à une septicémie avec abcès multiples ou à une otite suppurée, et les cas de méningite primitive étant le plus souvent bénins.

Un cas de septicémie pure à bacille de Friedlander. — MM. ***Caussade, Joltrain et Surmont***. Il s'agit d'une femme de 28 ans qui fut prise brusquement de nausées suivies immédiatement de douleurs épigastriques très violentes et de vomissements très douloureux, bilieux, abondants et répétés. puis d'une céphalée occipito-frontale gravative ; dans les heures suivantes survint la fièvre (40°) avec frissons et sueurs. Tous ces phénomènes persistèrent à l'état aigu pendant 5 jours. Elles se calment le 6e jour sauf la fièvre qui augmente (41°) ; et la constipation, opiniâtre jusqu'à ce moment, est remplacée par une diarrhée bilieuse, profuse et continue ; puis apparaît un œdème pulmonaire avec crachats mousseux, abondants, avec une dyspnée intense, une tachypnée à 40° et une douleur thoracique prononcée. La mort survint à la fin du 7e jour dans le collapsus, lequel fut précédé d'un léger délire ; l'hyperpyrexie persistait (40.8). Pendant toute l'évolution il n'y eut pas d'albuminurie, sauf le dernier jour. Légère hypertrophie de la rate, mais pas d'hypertrophie ganglionnaier ; il y eut des hémorragies cutanées (pétéchies et taches ecchymotiques) et le 3e jour, des épistaxis abondantes de sang noir et poisseux. Hypoleucocytose (4 000) mais avec augmentation des polynucléaires (91°).

Les auteurs insistent sur les troubles gastro intestinaux et sur la douleur épigastrique qui s'expliquèrent à l'autopsie par une exulcération duodénale et par des suffusions sanguines de la muqueuse gastrique. Ils insistent sur les hémorragies observées par eux et qui sont fréquemment signalées dans des cas identiques au leur (hémorragies cutanée, nasale, bronchique, capsulaire, splénique et hépatique). Ces trois dernières furent trouvées par eux à l'autopsie, de telle sorte que ces hémorragies et les troubles gastro-intestinaux fréquents aussi dans des cas identiques peuvent caractériser la septicémie en question.

Les auteurs signalent la difficulté du diagnostic *au début* en raison des hémorragies (cutanée et nasale) et de la présence du bacille de Friedlander trouvé dans le sang et présentant morphologiquement les caractères du bacille de Yersin. Par la suite, la preuve d'une septicémie à bacille de Friedlander fut nettement établie par le développement rapide de la culture sur gélose, par la forme diplo-bacillaire et par la présence d'une capsule visible grâce à l'emploi de l'encre de Chine combinée au Ziehl. En outre, dans la mousse des crachats, dans le liquide pulmonaire soustrait par ponction, et à l'autopsie, dans le sang à la périphérie des capsules surrénale et dans la rate, le bacille de Friedlander fut trouvé à l'état de pureté. Il faisait défaut dans le foie qui présentait des altérations de dégérescence, ce qui autorise à penser que dans la septicémie en question on peut envisager aussi une action toxique. Le liquide céphalo-rachidien était normal, bien qu'à un moment, une ébauche de signe de Kernig ait été constatée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 janvier 1924

Encephalitozoon rabiei, parasite de la rage. — ***MM. Manouélian et Viola*** ont rencontré chez les animaux soit atteints de rage des rues, soit inoculés avec le virus fixe des formations particulières situées dans tout l'axe cérébro-spinal, dans le système nerveux sympathique, dans les nerfs périphériques et les glandes salivaires, et qu'ils considèrent comme le parasite de la rage.

Il s'agit de corpuscules allongés, fusiformes, piriformes ou en navette, de 1 à 2 μ. en moyenne. Leur corps protoplasmique paraît renfermer des granulations de chromatine, et semble entouré d'une membrane. Ils présentent parfois un espace clair à l'une des extrémités.

Ces parasites sont très voisins des corpuscules constatés par Doerr et Zdansky sur les coupes de Kling (provenant de lapins inoculés avec le virus encéphalitique suédois), très voisins également de ceux décrits par Levaditi et Nicolau dans l'encéphale de lapins contaminés avec le virus de Kling, avec le virus de Thalimar et celui de Bull, Olivier et Twort et qu'ils appellent Encephalitozoon cuniculi.

MM. Manouélian et Viola proposent d'appeler le leur Encephalitozoon rabiei. La rage serait donc due à un protozoaire microscopique.

Les corps de Negri seraient le produit de dégénérescence du parasite à l'intérieur de la cellule nerveuse, et un mode particulier de sa réaction agglutinante vis-à-vis des parasites qui s'y multiplient, car ils n'existent pas dans leurs glandes salivaires où cependant pullule aussi le parasite.

M. PHISALIX.

© BIU Santé

REVUE DE LA PRESSE

Le lait réduit par ébullition dans l'alimentation des nourrissons

Le lait réduit par ébullition (ébullition lente à feu nu) d'un tiers, d'un demi, des trois quarts de son volume et même réduit dans certains cas jusqu'à la consistance de crème, peut être utilisé avec avantage, dit M. CHATIN (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 février 1923) chez les enfants débiles présentant de la diarrhée, des vomissements, ou de la stagnation de poids dus à l'intolérance du lait de vache, qu'il s'agisse d'enfants nourris complètement à l'allaitement artificiel, ou élevés à l'allaitement mixte.

Ce régime devra toujours être corrigé par l'addition d'une quantité d'eau bouillie sinon égale à celle qui a été enlevée par l'évaporation, du moins suffisante.

La restitution d'eau doit se faire, ou dans le lait une fois réduit, ou mieux sous forme d'un biberon d'eau bouillie donné une demi-heure avant le biberon de lait réduit. On prescrira par exemple : eau : 30 gr. et demi-heure après 70 gr. lait réduit d'un tiers, six repas semblables par jour.

Si le lait réduit est administré sans restitution suffisante de l'eau de complément, on peut observer des phénomènes de carence d'eau caractérisée par les trois symptômes suivants : perde de poids rapide, élévation de température, dessiccation des tissus. Tous ces phénomènes disparaissent rapidement par la restitution de l'eau à l'organisme en quantité suffisante.

Traitement des métrites chroniques par le radium

Portant, sous forme de crayons fusibles à 37°, de faibles doses de radium au contact de la muqueuse utérine, M. LACAPÈRE (*Bulletin Médical*, 6-9 février 1923) a pu constater que les sels de radium ainsi placés exercent un puissant appel leucocytaire et provoquent la suractivité des sécrétions des glandes qui expulsent mécaniquement les microorganismes qui s'y étaient cantonnés. Il s'agit là d'un véritable curettage médical qui doit être suivi d'un traitement antiseptique doux et prolongé destiné à agir sur les microorganismes demeurés dans la muqueuse utérine et à achever la guérison de la métrite.

Cancer et hérédité

M. le Pr DUSTIN (de Bruxelles) rapporte et commente (*Bruxelles Médical*, 7 février 1924) les expériences de Miss Maud Slye concernant la force et la signification du facteur hérédité dans l'apparition des tumeurs malignes :

a) *La tendance à faire du cancer ou la résistance au cancer est certainement influencée par l'hérédité.*

Maud Slye, par une habile sélection, a pu obtenir des souches qui, pendant vingt-cinq ou trente générations — ce qui représenterait plusieurs milliers d'années pour l'espèce humaine — ne développent *aucun* cancer spontané, et d'autres souches dans lesquelles *toutes* les souris meurent de cancer.

b) *La résistance au cancer se comporte comme un caractère mendelisant typique dominant ; la susceptibilité comme un caractère mendelisant récessif.*

Croisons une souris réceptive avec une souris résistante, le premier hybride obtenu est toujours résistant ; à la seconde génération, la dissociation se produit en trois souches, l'une pure résistante, l'autre pure réceptive, la troisième hétérozygote.

Ce caractère unitaire peut se fixer ou s'éliminer définitivement par sélection.

c) *La localisation et le type histologique de la tumeur sont également influencées par l'hérédité.*

Maud Slye est arrivée à créer des races dans lesquelles des tumeurs habituellement très rares, comme les tumeurs hépatiques ou testiculaires, apparaissent en abondance.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : **Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.**

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique et Sel Disodique de l'Acide Copahivique.

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

DOSES : **10 à 12 PILULES par jour.**

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (YONNE)
USINE A JOIGNY-EPIZY (YONNE). — Téléphone 94

R. C. Joigny 1.571

Échantillon sur demande

© BIU Santé

Le cancer, dit Maud Slye se développe tard dans la vie ; *ce n'est donc pas la maladie, mais la résistance ou la susceptibilié à la maladie qui sont transmises.*

Et voici une autre expérience de Slye qui jette un jour nouveau sur cet aspect du problème : Croisons une souris de souche « carcinome mammaire » avec une souris de souche « tumeur pulmonaire ». Chez les descendants porteurs de carcinome mammaire nous constaterons une fréquence anormale des métastases pulmonaires.

La susceptibilité, non seulement d'une souche, mais même de certains organes, paraît ainsi démontrée.

Qui crée la susceptibilité ou la résistance ? A ce point de vue, le cancer doit-il être considéré comme une entité morbide tout à fait à part, ou rentre-t-il dans le cadre des grandes lois pathogéniques connues ? Il semblerait que c'est cette dernière manière de voir qui est la vraie.

La tuberculose pulmonaire est-elle une contre-indication à l'emploi de l'insuline ?

Avec Marcel Labbé, M. Cheinisse conclut (*Presse Médical*, 9 février 1924) que l'on ne saurait de parti pris vouloir priver les diabétiques graves, avec dénutrition et acidose, compliqués de tuberculose pulmonaire, du bénéfice du traitement par l'insuline.

En pareil cas, le traitement reste très délicat ; à toutes les précautions minutieuses que comporte l'emploi de l'insuline, il faudra ajouter une surveillance étroite de l'évolution des lésions pulmonaires, quitte à suspendre le traitement s'il se produit une poussée évolutive nouvelle.

Du mode d'aministration de l'ouabaïne

Les règles de l'administration de l'ouabaïne, conjointement avec la digitale, ont beaucoup varié depuis l'introduction de ce médicament en thérapeutique. Actuellement, dit M. Bonnamour (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 févr. 1924), il est admis qu'on peut donner l'ouabaïne :

A. — Seule ou avant la digitale :

1° En injection intraveineuse : 1/4 de milligr. par cmc.
2° En injection intramusculaire : 1/2 milligr. par cmc.
3° Par la voie buccale :
a) Les comprimés d'ouabaïne Arnaud au 10e de milligr.
b) La solubaïne Arnaud : sol. au 1000, X à C gouttes, suivant les cas.
c) La cardibaïne Deglaude : sol. à 2 p. 1000 ; doses moitié moindres.
4° Par la voie rectale : L gouttes en injection rectale.

B. — Après la digitale, par la voie buccale, pour renforcer, ou continuer l'action de ce médicament.

C. — Avec la digitale :

1° En injection intraveineuse, conjointement à la digitale ou la digitaline *per os*.
2° La digibaïne Deglaude, ou la natibaïne Nativelle, solutions à 1/3 de digitale et 2/3 d'ouabaïne.
a) En injection intraveineuse, mais douloureuse et pas toujours bien supportée.
b) Par la voie buccale : de X à L gouttes par jour, en suivant les mêmes règles que pour la digitaline.

ACTUALITÉS

La syphilis héréditaire de l'oreille interne

L'individualité clinique de certains cas de syphilis hérédaire de l'oreille interne, dit M. André Soulas (Thèse de Paris, 1923) semble pouvoir être établie.

Le tableau est constitué par divers éléments :

En premier lieu, par les renseignements tirés des antécédents du sujet (familiaux et personnels), sur lesquels il est indispensable que l'attention de tout médecin soit attirée d'une façon aussi précoce que possible.

En second lieu, par les caractères de l'examen otologique : La

(*Voir suite p.* **148.**)

LIPOIDES H. I.

GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Ménopause, Sénilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour

GYNOLUTEOL
CALMANT et SEDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Ménorragies essentielles
Troubles de la castration
Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour

Dépôt Général : H. CARRION et Cie, 54, Fg St-Honoré, PARIS

R. C. Seine 55 627.

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE
GASTRITES AIGUËS ET CHRONIQUES
ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Nouveau Pansement gastrique complet

SÉDATIF — DÉCONGESTIF — CICATRISANT

Echantillons : BERTHIOT & Cie, Pharmaciens de 1re classe
1, Boulevard HENRI IV, à PARIS (4e)

R. C. Seine 65.463

ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie — Obstétrique
Gynécologie
Hygiène Privée

ANIODOL

ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre Typhoïde
Diarrhée verte des Nourrissons
Furonculose

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE

Échantillons aux Médecins sur demande — Laboratoires de l'ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS

R. C. Seine 418.795

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Présence de chloroforme dans les estomacs sténosés,

Par M. LOEPER, R. TURPIN et J. TONNET

Les microbes de l'estomac sont extrêmement variés, l'étude en est surtout intéressante à l'état pathologique et l'abondance en est surtout grande dans les stases gastriques et les sténoses du pylore. Leur rôle pathogène est discutable, mais les produits auxquels ils donnent naissance ne sont pas dépourvus de toxicité.

Certains de ces produits sont volatils. On a signalé l'acétone, les aldéhydes, l'alcool même et l'iodoforme. Mais on n'a pour ainsi dire pas indiqué le chloroforme qui nous a cependant paru fréquent.

Le chloroforme n'existe pas dans l'estomac normal, mais nous le trouvons dans 6 cas sur 7 de sténose pylorique au cours de 24 essais de distillation du contenu gastrique.

La nature du produit n'est pas douteuse et les épreuves qui le caractérisent sont indiscutables : c'est tout d'abord l'ébullition en présence de résorcine et de potasse alcoolique qui donne une coloration rubis ; c'est ensuite l'ébullition en présence d'une solution alcoolique de thymol, de potasse caustique et d'acide sulfurique qui donne une coloration violette. Cette dernière réaction est, il est vrai, commune au bromoforme, à l'iodoforme et au chloroforme. On met alors en évidence le chlore par l'addition de nitrate d'argent et la constatation du précipité classique.

La formation de ce chloroforme ne résulte pas d'une simple synthèse des produits chlorés, car elle est indépendante, ou tout au moins son intensité ne dépend point de la richesse chlorhydrique du milieu : sur 4 liquides résiduels, 1 est hypochlorhydrique, 2 sont orthochlorhydriques, 1 est hyperchlorhydrique ; sur 6 liquides de repas d'épreuve, 2 sont normaux, 2 au dessous et 2 au-dessus de la normale.

L'adjonction de HCl ou de NaCl ne modifie pas la réaction.

Déjà évidente dans le liquide dès l'extraction, cette réaction s'accroît après un séjour de 24 heures à l'étuve.

Enfin l'ensemencement de milieux artificiels avec quelques gouttes de ces liquides donne, après 24 heures d'étuve, du chloroforme en quantité appréciable. Il s'agit donc d'un corps vivant, levure ou bactérie. Mais ce corps n'est ni l'entérocoque, ni le coli, ni le bacille oolytique de Coyon.

L'action de cet organisme s'exerce, comme dans la formation des aldéhydes, sur les hydrates de carbone. En effet la réaction, nulle dans un milieu minéral (liquide de Cohn) légère dans un milieu peptoné, plus forte dans le bouillon lactosé, atteint son maximum dans le lait. Si l'on étudie l'influence des divers sucres, on se rend compte que la réaction, nulle avec la mannite, légère avec le maltose et le glucose, est très forte avec le lactose.

Il ne nous a pas paru que la nature de la lésion gastrique soit pour quelque chose dans la réaction : l'obstacle suffit, quelle qu'en soit la cause, ulcéreuse ou cancéreuse.

Si les aldéhydes semblent plus fréquents dans l'ulcère, ce qui peut servir au diagnostic, le chloroforme existe également dans l'un et l'autre.

La production de substances volatiles dans les estomacs sténosés mérite d'être prise en considération. Peut-être le chloroforme; comme les aldéhydes,s'oppose-t-il au développement des microbes protéolytiques et joue-t-il un rôle antiseptique ? Peut-être est-il capable de léser les éléments cellulaires ? Peut-être se résorbe-t-il et, quelle que soit la voie de cette résorption, peut-il engendrer certains phénomènes de somnolence, comme les aldéhydes provoqueraient certaines myoclonies. Et c'est ici le lieu de rappeler l'imprégnation du système nerveux gastrique par les substances volatiles et leur ascension dans les gaines nerveuses (1).

Les épreuves de polyurie provoquée et l'épreuve de la diurèse fractionnée

Par P.-L. VIOLLE (de Vittel)
Chef de Laboratoire à l'Institut d'Hydrologie.

En 1903, Albarran décrivait une méthode d'exploration des fonctions rénales très intéressante au point de vue de la chirurgie des reins. Il la dénommait : *Epreuve de polyurie expérimentale.*

Au moyen du cathétérisme urétéral il recueillait, à des espaces de temps précis, les urines provenant de chacun des deux reins, après absorption d'une dose massive d'eau.

Cette méthode permettait de comparer, les unes aux autres, les éliminations aqueuses successives provenant des deux reins, mais elle ne permettait que cette comparaison. En effet, nous savons que des facteurs extra-rénaux peuvent intervenir pour modifier la diurèse. Or Albarran ne tenait pas compte de ceux-ci. Par suite, les résultats qu'il obtenait ne pouvaient donner que des renseignements incertains sur le pouvoir réel de sécrétion des reins. Mais, comme ces facteurs extra-rénaux agissent d'une manière identique sur l'un et l'autre rein, les résultats *comparatifs* obtenus par sa méthode conservent leur entière valeur.

Albarran put ainsi formuler deux lois importantes :

1° Le rein malade a un fonctionnement plus constant que le rein sain, et cette constance fonctionnelle est d'autant plus accentuée que le rein est plus malade.

2° Si le fonctionnement rénal vient à être exagéré par une cause quelconque, le rein malade modifie moins que l'autre sa fonction. L'écart entre les deux reins s'exagère alors par la suractivité du rein sain.

La méthode d'Albarran, malgré tout son intérêt, resta cantonnée dans le domaine chirurgical pendant de nombreuses années. Ce n'est qu'en 1910 que Vaquez et Cottet, sous le nom d'*Epreuve de la diurèse provoquée*, établirent une épreuve qui, tout en s'inspirant des principes fondamentaux de la méthode d'Albarran, était destinée à la pratique médicale.

Entre temps, avaient paru les recherches de Linossier et Lemoine sur l'oligurie orthostatique (1903), l'article de Péhu sur la nycturie dans les affections cardio-vasculaires (1903, *Revue de Médecine*), les travaux de Gilbert, Lereboullet, Villaret sur l'opsiurie d'origine hépatique par hypertension portale (Thèse de Villaret, 1906), les premières publications d'Achard, de Widal sur la rétention hydrochlorurée.

Vaquez et Cottet mirent à profit, dans l'établissement de leur méthode, ces notions nouvelles sur l'hydraulique circulatoire. Et, par leur épreuve, ils montrèrent avec précision que la diurèse aqueuse était non seulement fonction du pouvoir rénal mais encore des conditions générales dans lesquelles se faisait la circulation de l'eau dans l'organisme. Ils s'attachèrent tout particulièrement à faire

(1) M. Loeper, Forestier, Debray et Tonnet — C. R. de la Société de biologie, 19 février et 16 juillet 1921.

© BIU Santé

la discrimination de ces deux facteurs. De telle sorte que l'épreuve de la diurèse provoquée est devenue une méthode de diagnostic de premier ordre au cours des états cardio-rénaux, dans lesquels elle permet de dissocier ce qui est la part du rein de ce qui ressortit à l'insuffisance cardiaque.

Mais l'épreuve de Vaquez-Cottet ne possède pas la précision de l'épreuve d'Albarran pour ce qui est de l'étude de la *marche de la sécrétion* (Albarran). C'est dans le but d'obtenir pour les deux reins les résultats qu'Albarran obtenait si bien pour un seul rein que j'ai alors proposé une nouvelle variante de l'épreuve de polyurie expérimentale : *l'épreuve de la diurèse fractionnée*.

Nous venons de voir l'importance des facteurs extra-rénaux dans les épreuves de polyurie provoquée.

Il est donc indispensable de les bien connaître si on veut pouvoir interpréter convenablement les résultats fournis par ces épreuves :

1° Troubles dans l'absorption de l'eau.

Normalement, une dose de 200 grammes d'eau, prise à jeun, séjourne en moyenne 5 à 6 minutes dans l'estomac. Si l'eau séjourne davantage, c'est qu'il existe une gêne à son évacuation. Le plus souvent on n'a guère affaire qu'à une dilatation gastrique.

Mais dans ce cas même on peut voir l'eau séjourner encore dans l'estomac 5 à 6 heures après son absorption. Il n'est pas alors étonnant que l'épreuve de polyurie provoquée montre un ralentissement considérable de la diurèse. Les reins se comportent évidemment comme si aucune dose d'eau n'avait été absorbée.

Le retard d'absorption de l'eau peut siéger au niveau de l'intestin. Le plus souvent cette opsiurie est alors causée par un degré plus au moins prononcé d'hypertension portale.

C'est pourquoi, au point de vue physiologique, l'heure à laquelle est absorbée l'eau a une grande importance. Au moyen de boissons fractionnées en très petites doses d'égales valeurs, prises à espaces de temps réguliers et très rapprochés, les repas (secs) venant se greffer sur ce fond uniforme des boissons, et d'autre part les éliminations urinaires se répétant à espaces de temps rapprochés et réguliers, j'ai pu mettre en évidence l'influence de la digestion sur les éliminations aqueuses. On voit alors se dessiner remarquablement la diminution des éliminations après les repas. Or, du fait de la digestion, il y a une hypertension portale marquée, d'où l'explication de cette opsiurie physiologique que j'ai proposé de nommer « opsiurie digestive »

On voit donc l'importance qu'il y a dans les épreuves de polyurie provoquée à ne donner l'eau qu'à jeun.

Au point de vue pathologique, Gilbert et Lereboullet, Villaret, ont montré que les altérations hépatiques s'accompagnent précocement d'opsiurie par suite de l'hypertension portale liée à la gêne circulatoire intra-hépatique.

Dans tous ces cas les retards d'éliminations ne sont donc que le fait d'une absorption défectueuse de l'eau au niveau de l'intestin et n'impliquent en aucune façon quelques troubles rénaux. Si les épreuves de polyurie provoquée montrent des retards d'élimination que ne sauraient expliquer les examens complémentaires des fonctions rénales (albuminurie, azotémie, ou rétention chlorurée) ou du système cardio-vasculaire, l'examen clinique devra porter particulièrement alors du côté du foie. Et c'est ainsi que les épreuves de polyurie provoquée peuvent devenir des éléments importants d'exploration des fonctions hépatiques.

2° Troubles de la diffusion de l'eau dans l'organisme.

Normalement absorbée, l'eau peut, dans sa circulation à travers l'organisme, subir un certain nombre de troubles qui dépendent surtout de trois ordres de facteurs :

a) Certaines altérations des tissus : par suite de leur imperméabilité plus ou moins prononcée, les membranes peuvent s'opposer au passage de l'eau

b) Troubles dans l'état des humeurs : par suite de l'accumulation de molécules dissoutes en quantités anormales dans les milieux humoraux, il peut se produire soit des rétentions, soit des déplacements d'eau dans l'organisme. C'est ainsi que dans le cas d'élévation du seuil d'excrétion du chlorure de sodium on note constamment des troubles de l'élimination aqueuse. Ces troubles ne peuvent, toutefois, donner d'indication sur l'altération du pouvoir sécrétoire du rein pour l'eau, la rétention chlorurée entraînant par elle-même une rétention hydrique (rétention hydro-chlorurée).

D'autre part, Aehard a signalé des œdèmes, dans les néphrites, persistant avec un seuil bas et un taux du chlorure de sodium dans le sang inférieur à la normale. Même dans les néphrites, la rétention du chlorure de sodium ne serait donc pas exclusivement due, d'après cet auteur, à une imperméabilité du rein à cette substance, mais dépendrait aussi de causes extra-rénales agissant dans les tissus.

Enfin des rétentions hydrochlorurées plus ou moins considérables peuvent accompagner les états asystoliques.

En tout cas, il faut savoir qu'avant que les œdèmes deviennent apparents, et puissent être décelés cliniquement par la formation du godet, il peut y avoir déjà une quantité assez considérable d'eau en rétention (5 à 6 litres).

Donc lorsque l'épreuve de la polyurie provoquée donne des résultats qui paraissent être en désaccord avec ce que l'on pouvait penser de l'état rénal, songer qu'une rétention hydrochlorurée, que ne décèle pas encore la formation d'œdèmes, peut cependant exister. Faire alors l'épreuve de l'ingestion de sel accompagnée des pesées.

c) Troubles circulatoires : l'eau peut s'attarder dans la circulation générale par stase veineuse liée à l'insuffisance cardiaque. Dans l'asystolie, l'hypotension artérielle ajoute encore son effet à la stase veineuse pour diminuer la sécrétion aqueuse. Mais comme il existe une solidarité étroite entre le cœur et le rein, les syndromes cardiaques et rénaux s'entremêlent toujours plus ou moins. L'histoire des néphrites se complète et s'achève dans l'étude de l'hypertrophie cardiaque et de l'asystolie, et l'histoire de l'asystolie dans l'étude de l'oligurie et du rein cardiaque (Josué et Parturier).

Les troubles de l'élimination urinaire aqueuse peuvent donc être dus aussi bien à des facteurs extra-rénaux qu'à des facteurs rénaux. Tous deux, soit isolément, soit réunis, peuvent dans certains cas déterminer des retards d'éliminations suffisamment prolongés pour inverser le rythme urinaire des 24 heures, qui, normalement, est caractérisé par une quantité d'urines diurnes égale aux deux tiers environ des urines totales. Or, chez ces malades, il existe une prédominance des urines de la nuit sur les urines du jour, une *nycturie*, comme la dénommait Péhu. Cette nycturie se traduit cliniquement par des émissions urinaires nocturnes d'autant plus abondantes que les retards d'élimination diurnes ont été plus prononcés.

Mais alors trois cas se présentent, suivant que l'on a affaire à un cardiaque, à un rénal ou à un cardio-rénal.

Dans le cas du cardiaque, l'insuffisance de l'élimination aqueuse dépend de la défaillance du myocarde et du

© BIU Santé

ralentissemment de la circulation qui en est la conséquence.

D'autre part, la sécrétion de l'eau étant le facteur indispensable à l'excrétion des substances dissoutes, l'insuffisance de la sécrétion de l'eau entraîne une diminution de l'élimination normale des déchets azotés et du chlorure de sodium. Aussi, dans ces cas, les reins sécrètent avec un débit considérablement ralenti une urine rare, foncée, de densité élevée, riche en urée.

Dans le cas du rénal, du malade atteint d'une néphrite atrophique chronique, mais ne s'accompagnant pas encore de fléchissement du cœur, les reins très diminués dans leur pouvoir sécrétoire, sécrètent avec un débit régulier, plus ou moins ralenti, une urine pâle, de densité faible et pauvre en urée, dont la quantité totale peut être très abondante.

Dans les deux cas, il y a nycturie, mais le rythme des 24 heures est différent : chez le cardiaque, le débit diurne est, faible mais le débit nocturne est meilleur ; chez le rénal les débits diurne et nocturne sont identiques. La sécrétion urinaire aqueuse se fait à rendement réduit, mais à rendement maximum dans l'état actuel des reins.

Il est souvent difficile de rapporter à leur véritable cause les troubles de l'élimination de l'eau et, en particulier, chez les cardio rénaux, de faire la part de ce qui revient à la diminution du pouvoir rénal de ce qui est le fait d'une circulation défectueuse de l'eau dans l'organisme.

L'influence de la station sur l'élimination urinaire peut permettre de reconnaître jusqu'à quel point les troubles notés sont sous la dépendance de l'un ou l'autre de ces deux facteurs.

Il est généralement admis aujourd'hui que l'oligurie orthostatique, comme l'ont nommée Linossier et Lemoine, est beaucoup plus le fait de troubles de la circulation que de ceux de l'appareil urinaire. Aussi, l'action diurétique du clinostatisme s'observe-t-elle plus particulièrement chez les individus dont le pouvoir sécrétoire rénal est normal et la circulation de l'eau dans l'organisme est défectueuse.

Les épreuves de diurèse provoquée, pratiquées successivement en clinostatisme et en orthostatisme, peuvent ainsi permettre de rapporter à leur véritable cause les troubles de l'élimination aqueuse.

Si l'épreuve est négative, c'est-à-dire si le mode de station ne modifie pas la diurèse, ou celle-ci est normale, ou elle est anormale. Dans le cas où elle serait anormale, la cause en serait alors dans la diminution du pouvoir sécrétoire rénal.

Si l'épreuve est positive, c'est-à-dire s'il y a un grand écart entre les diurèses clinostatiques et orthostatiques, le pouvoir sécrétoire du rein est bon, mais il existe quelques troubles de la circulation de l'eau que l'examen clinique mettra en évidence.

L'action du clinostatisme chez les cardiaques explique la prédominance nocturne de l'excrétion urinaire : la station debout constitue, du fait des lois de la pesanteur, une gêne à la progression normale des liquides de l'organisme, alors que la station couchée améliore les conditions de circulation dans l'organisme et augmente la diurèse. Les épreuves comparatives en orthostatisme et en clinostatisme peuvent ainsi être un bon procédé, comme l'a remarqué Merklen, pour dépister l'insuffisance cardiaque.

On voit que toute épreuve de polyurie provoquée doit :

1° Se faire à jeun.

2° Avoir lieu deux fois, autant que possible à un jour d'intervalle : la première fois en orthostatisme ; la deuxième fois en clinostatisme.

3° S'accompagner, dans certains cas, de la recherche du rythme urinaire des 24 heures afin de mettre en évidence la nycturie, qui pourrait fausser les résultats si elle se prolongeait jusque dans la matinée, alors que l'épreuve serait déjà commencée. Mais nous verrons qu'avec l'épreuve de la diurèse fractionnée, cette cause d'erreur est impossible parce que mise immédiatement en évidence.

Epreuve de la diurèse fractionnée.

L'épreuve de la diurèse fractionnée nécessite : 800 gr. d'eau, une éprouvette graduée, et 6 verres semblables. C'est dire que cette méthode d'exploration des fonctions rénales est essentiellement une méthode clinique. L'éprouvette graduée peut même au besoin être remplacée par un de ces flacons gradués dans lesquels sont fournis certaines solutions médicamenteuses.

La technique est la suivante .

Après avoir vidé complètement sa vessie, le malade, étant couché (si l'épreuve est en clinostatisme), à jeun depuis la veille au soir, absorbe toutes les demi-heures, pendant quatre demi-heures, 200 gr. d'eau. Dès la première demi-heure, après l'absorption de la première dose d'eau, le malade urine régulièrement, toutes les demi-heures, successivement dans chacun des six verres, disposés en ligne, de façon que la première élimination se fasse dans le premier verre de gauche.

Dès son arrivée auprès du malade, par un simple coup d'œil jeté sur la série des 6 verres, le médecin verra se dessiner la courbe, colorée, des éliminations urinaires, permettant de noter l'apparition de la polyurie, son intensité, son retard, sa cessation. Quand une fois on a l'habitude de cet examen, on peut s'en tenir à ce simple coup d'œil. Autrement, il est préférable de faire l'évaluation précise de chacune des éliminations au moyen de l'éprouvette graduée et même de dresser une courbe, afin de pouvoir juger au cours de la maladie des variations qui peuvent se produire.

Normalement, après l'absorption de 800 gr. d'eau faite dans les conditions indiquées précédemment, l'évolution de la polyurie provoquée se fait en 6 demi-heures, c'est-à-dire qu'alors que la première élimination est voisine de 35 cmc. ; la sixième élimination revient à ce chiffre, indiquant bien par là que l'épreuve est terminée. On obtient ainsi, chez l'individu normal, le schéma suivant :

Heures	Absorptions	Eliminations
7	200	—
7.30	200	35
8	200	60
8.30	200	180
9		300
9.30		220
10		35
		830

Le premier chiffre ainsi obtenu doit être voisin de 35 ou 40 cc. S'il est plus élevé, se méfier d'une nycturie qui se prolongerait jusqu'à ce moment. Recueillir alors le lendemain les urines totales des 24 h. en les divisant en 2 périodes : de 9 h. du matin à 9 h. du soir (urines diurnes) et de 9 h. du soir à 9 h. du matin (urines nocturnes) et voir s'il y a inversion de la formule normale, c'est à dire nycturie.

Le dernier chiffre obtenu peut être plus élevé que le premier. S'il est voisin de 60. 70, considérer que l'expérience n'était pas terminée, mais aurait pu se prolongre

◆

© BIU Santé

encore une demi-heure ; cela ne fait du reste que mettre davantage en évidence le ralentissement dans les éliminations que l'ensemble du schéma doit déjà indiquer. Comparer toujours ces résultats obtenus en cli-nostatisme avec ceux que l'on obtiendrait en orthostatis-me. Enfin, dans tous les cas, faire la somme des élimina-tions des demi-heures, ce qui donne des indications sur le degré six du retard des éliminations.

Mais l'épreuve de la diurèse fractionnée donne des résultats plus intéressants. Je veux envisager maintenant deux phénomènes que je considérerai uniquement au point de vue de la diurèse aqueuse : un premier phénomène que j'appellerai *la souplesse fonctionnelle du rein* : et un deuxième phénomène que je désignerai sous le nom de *capacité fonctionnelle du rein*.

La souplesse fonctionnelle du rein est la propriété que possède le rein d'adapter son pouvoir sécrétoire aux nécessités d'excrétion qu'exige l'organisme.

La capacité fonctionnelle du rein est représentée par le pouvoir sécrétoire maximum que possède le rein à un moment donné.

Un rein normal présente une très grande souplesse fonctionnnelle, il se plie facilement aux variations de rendement qu'exigent de lui les facteurs physiologiques qui commandent à son débit.

Le rein malade, au contraire, tend, comme nous avons vu qu'Albarran l'avait montré, à conserver le même débit quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve placé. *On conçoit alors l'importance qu'il y a à connaître avec précision la souplesse fonctionnelle des reins, dans quelles limites cette souplesse est susceptible de varier et si même elle existe encore. L'épreuve de la diurèse fractionnée est seule capable de renseigner sur cette notion capitale d'où doit découler l'indication stricte du régime des boissons* sur lequel n'ont pas été sans attirer l'attention, au point de vue du traitement des néphrites, d'éminents cliniciens tel que Widal, AchardMarcel Labbé, Fiessinger. Widal, en particulier, dit : le médecin doit sans cesse se proccuper des quantités de boissons à prescrire aux néphritiques, il doit en régler lamesure suivant les indications et les cas particuliers.

Nous avons donné plus haut le schéma normalement obtenu par l'épreuve. A partir de ce schéma qui indique l'état de souplesse fonctionnelle maxima du rein, on peut noter une longue série décroissante de souplesses fonctionnelles diminuées, jusqu'à ce qu'enfin on arrive à la disparition totale de toute souplesse fonctionnelle, comme c'est le cas dans nombre de néphrites chroniques urémigènes hypertensives.

Dans la pratique, les schémas seront simplifiés et réduits à l'énonciation des seuls chiffres des éliminations. Il est facile de rapporter ces chiffres au schéma complet puisqu'on sait, une fois pour toutes, que chaque élimination répond à un espace de temps d'une demi-heure et que, sauf exceptions (que l'on signalerait), les absorptions sont de 200 cc. pendant quatre demi-heures consécutives.

Nous allons donner, pour illustrer notre exposition, trois de ces schémas simplifiés, dontchacun indiquera par rapport au précédent une souplesse fonctionnelle progressivement décroissante et s'accompagnant de retards d'élimination d'autant plus considérables que la capacité fonctionnelle est elle-même plus diminuée.

A. 25, 30, 45, 120, 160, 70 —	Pas sang, trace d'albumine T. A, : 17-10. Calcul.
B. 15, 15,65, 125, 80, 25 —	Alb. légère 0.16, urée sanguine 0,50 T. A. ; 22-15
C. 40, 35, 35, 33, 35, 35 —	Alb. 2 gr. Urée sanguine 1 gr. 50, T. A. : 28-15.

Pour 800 cmc. d'eau absorbée on voit que, dans le cas A. il y a eu seulement 450 cmc éliminés, dans le temps habituel fixé par les conditions de l'expérience : dans le cas B. 325 cmc ; dans le cas C : 213 cmc. Mais ce qui est plus important que le total des éliminations, c'est la diminution de la souplesse fonctionnelle :

Dans le cas A, les reins ne donnent pour ainsi dire pas de réponse avant la quatrième demi-heure ; et, ensuite sous l'influence de la pression maxima déterminée par l'absorption des 800 cmc. d'eau, ce n'est qu'à la cinquième demi-heure qu'ils arrivent à sécréter la quantité maxima dont est capable leur *capacité fonctionnelle*, à savoir 160 cmc. d'urines pour, du reste, retomber presque immédiatement à leur taux habituel d'élimination. On voit combien la souplesse fonctionnelle de ces reins est réduite. Mais elle existe encore partiellement et il faudra en tenir compte dans l'établissement du régime hydrique, et ne pas être aussi absolu pour des reins qui ont une souplesse fonctionnelle diminuée que pour des reins qui ont perdu toute souplesse fonctionnelle. Dans le cas B, cette souplesse est encore plus faible. Ce n'est qu'à la quatrième demi-heure qu'un petit effort apparaît, immédiatement arrêté.

Enfin dans le cas C, les reins ont perdu toute souplesse fonctionnelle. Ils sont absolument incapables de réaction.

Ces épreuves doivent, du reste, être fréquemment reprises, cas elles indiquent un moment de l'état rénal, état qui peut se modifier dans un laps de temps plus ou moins prolongé, et dont la connaissance peut permettre de modifier le régime des boissons.

On comprend en effet combien il est important de réglementer les boissons de tels malades.

Voici, par exemple, le sujet C qui a absorbé 800 cmc. d'eau et qui au bout de six demi-heures, n'a éliminé que 213 cmc. Il a certainement augmenté sa masse sanguine d'une façon appréciable ; sa tension maxima, déjà très élevée, s'est encore accrue ; sa céphalée, due à la rétention uréique mais aussi à l'hypertension artérielle, s'est aggravée ; il se plaint de fréquents vertiges. Grâce à l'épreuve, nous savons maintenant qu'il est incapable, pour le moment, d'éliminer plus de 35 cmc. d'urines en moyenne par demi-heure. L'établissement du régime des boissons et autres liquides, *dont le lait*, est absolu ; ce malade ne doit prendre que 35 cmc. de liquide par demi-heure, que ce soit aux repas (potage compris) ou en dehors des repas. Evidemment, le total des urines des 24 heures est très diminué, les urines sont rares, mais avec une capacité fonctionnelle aussi réduite et une souplesse fonctionnelle aussi diminuée, il est impossible de les rendre plus abondantes. Ce cas est particulièrement grave.

A côté de ce malade, il en existe d'autres qui, tout en ayant une *souplesse fonctionnelle* nulle ont, cependant une *capacité fonctionnelle* assez élevée, pouvant atteindre 55, 60 et même 70 et 80 cmc. Dans ce cas, le régime des boissons est facile à établir et, à raison de 70 ou 80 cmc. de liquide par demi-heure, on arrive à pouvoir obtenir des urines totales de 24 h. tout à fait normales en quantité.

Pour fixer les idées, supposons, par exemple, le cas d'un malade ayant une souplesse fonctionnelle nulle, c'est-à-dire éliminant toutes les demi-heures exactement la même quantité d'urines quelle que soit la quantité de liquide absorbé, mais ayant une capacité fonctionnelle relativement peu réduite, c'est-à-dire éliminant régulièrement par exemple, 50cmc. d'urines à chacune de ces demi-heures. Il sera facile de calculer la répartition des boissons au cours

© BIU Santé

des vingt-quatre heures de la façon suivante, afin d'obtenir 1.200 cmc. d'urines environ par vingt-quatre heures : pendant douze heures, de 7 heures du matin à 7 heures du soir, le malade prendra 50 cmc. de liquide chaque demi-heure. Sous ce nouveau régime de boisson, exactement proportionné à la capacité fonctionnelle du rein, la tension artérielle diminuera immédiatement de quelques degrés : la nycturie, due aux accumulations de liquide absorbé inconsidérément et non rendu pendant la période diurne, disparaîtra ; la céphalée, en rapport partiellement avec l'hypertension, s'atténuera, et le malade, d'une manière générale, se trouvera tout de suite beaucoup mieux que lorsqu'il buvait à sa guise, ce qui souvent était considérable parce qu'il croyait qu'il fallait « laver » le rein. Ainsi les reins placés dans des conditions plus favorables peuvent bénéficier davantage du reste du traitement.

Dans les cas, les plus fréquents, où il persiste une certaine souplesse fonctionnelle, il faudra, par tâtonnement, en faisant varier les doses de l'eau d'épreuve, arriver à déterminer la quantité d'eau la plus favorable. Or, la quantité d'eau la plus favorable est celle qui est donnée en quantité telle et de telle façon qu'avec le minimum de liquide absorbé on obtienne le maximum d'élimination (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Attitudes vicieuses des membres inférieurs et affections de la hanche.

D'après une leçon de M le professeur DELBET (1).

J'attirerai aujourd'hui votre attention sur plusieurs malades atteints d'affections diverses de la région de la hanche, sur les attitudes des membres inférieurs et les modifications qu'elles peuvent apporter dans la longueur apparente de ceux-ci. C'est une question en somme assez simple, mais qui paraît prodigieusement compliquée et difficile, quand on l'aborde pour la première fois.

D'abord, pour déterminer quelle est l'attitude d'un membre inférieur, il faut l'examiner par rapport à la flexion ou à l'extension, à l'abduction ou à l'adduction, à la rotation interne ou externe.

Il est une constatation importante à noter pour la pratique, c'est que l'abduction, l'adduction et la rotation, tant que les os sont intacts, sont toujours associées de la même façon. Ainsi quand le membre se place en adduction, il se place en même temps en rotation interne, et de même pour l'abduction, en rotation externe.

Pour le diagnostic des luxations, des fractures, et de certaines autres lésions, ces notions élémentaires ont une valeur capitale. Lorsque vous trouverez ces attitudes associées, adduction et rotation interne, abduction et rotation externe, vous penserez qu'il s'agit d'une simple attitude vicieuse, et qu'il n'y a pas d'altération du squelette.

L'*attitude vicieuse* peut être considérable. Dans les luxations de la hanche, suivant leur variété, le membre se place en abduction ou en adduction, mais l'association de la rotation se fait toujours de la même façon. Si, au contraire, un sujet présente, avec de l'*adduction*, de la *rotation externe*, c'est-à-dire en sens inverse de l'association normale, c'est qu'il existe une déformation du squelette. Si le sujet a fait un traumatisme considérable, on pense immédiatement à une fracture ; reste à en déterminer le siège. Mais vous verrez souvent des sujets jeunes, à la phase de croissance, ayant un membre en *adduction* très marquée, et une *rotation externe* non moins manifeste. Généralement, ils n'ont pas de traumatisme récent, mais ont eu un traumatisme ancien, remontant à plusieurs mois, ou années quelquefois. Il est difficile d'établir exactement le rôle du traumatisme dans ces cas-là. Il s'agit de cette lésion qu'on appelle la *coxa vara*.

Voici précisément un sujet qui présente cette déformation du col du fémur. L'origine en paraît nettement traumatique car le malade, il y a 3 mois, est tombé de bicyclette, mais cependant nous savons qu'il souffrait auparavant dans la hanche.

L'origine traumatique de la coxa vara est en somme très discutable. Il est évident que les individus ayant eu une fracture du col peuvent ultérieurement avoir de la coxa vara, c'est-à-dire faire une consolidation vicieuse dans cette attitude.

Mais il est non moins certain que des sujets n'ayant pas eu de traumatisme suffisant pour produire une fracture du col peuvent avoir une coxa vara.

Cette déformation est composée de deux éléments : c'est d'abord une diminution de l'*angle d'inclinaison* du col du fémur, c'est-à-dire de l'angle formé entre l'axe du col et l'axe de la diaphyse. Dans la coxa vara, cet angle est diminué, de sorte que le col, devient horizontal, et même, dans certains cas, il forme un angle aigu avec la diaphyse. De plus, à mesure que cet angle se ferme, le membre inférieur se rapproche naturellement de la ligne médiane et se place en *adduction*. Ce qui produit la rotation externe, c'est une modification de courbure du col qui a pour résultat d'accentuer l'*angle de déclinaison*, c'est-à-dire l'angle formé entre le plan des condyles et le plan du col.

Ceci dit, pour les rapports du col et de la diaphyse, nous avons maintenant à envisager l'attitude vraie de la cuisse par rapport au bassin. Vous verrez quantité d'individus se présentant avec une apparence symétrique des deux membres inférieurs, ils ont cependant une attitude vicieuse très marquée. Ceci tient à deux raisons : d'une part, c'est que le bassin est extrêmement mobile sur la colonne vertébrale, et que, pour corriger l'attitude vicieuse, le sujet, instinctivement, involontairement, sans s'en rendre compte le moins du monde, produit dans les articulations de la colonne vertébrale avec le bassin des mouvements qui peuvent être extrêmement étendus. Le membre malade est-il, par exemple, en adduction ? Le sujet ramènera son membre sain au parallélisme avec le membre malade, Mais alors, ses deux membres n'étant plus symétriques par rapport au bassin, il sera obligé d'incliner son bassin ; mais, pour maintenir son centre de gravité dans l'axe de sustentation, il devra recourber la partie inférieure de sa colonne vertébrale en sens inverse.

De plus, le membre en adduction, qui, à l'inspection, *paraît le plus court*, *semble* au contraire *le plus long*, quand on le mesure selon le procédé de mensuration habituel, qui consiste simplement à mesurer la distance de l'épine iliaque antéro supérieure à la pointe de la malléole externe. Ce procédé conduit, comme vous le voyez, à des erreurs très fâcheuses. C'est qu'en effet, il y a là un triangle, dont l'un des côtés est constitué par la ligne reliant l'épine iliaque antéro-supérieure au centre du cotyle, dont le second côté est représenté par toute la longueur du membre, qui est celle que vous voulez savoir ; et, ce que vous mesurez, c'est le troisième côté de ce triangle. Or, suivant que vous modifiez l'angle que font entre eux les deux côtés squelettiques de ce triangle, vous modifiez également le troisième côté.

Quand le membre est en adduction, l'angle est plus ouvert, et le troisième côté devient plus long. Inversement, le membre mesuré par le procédé ordinaire paraît alors plus court qu'il n'est en réalité lorsqu'il se trouve en *abduction*.

Voyons maintenant quelles sont les conséquences de la *flexion*. Pour marcher, le sujet est obligé de placer son autre membre dans le même degré de flexion, mais en même temps d'incurver son bassin ; il en résulte une *ensellure*

(1) Remis pour publication le 10 janvier 1924 et retardé dans sa publication pour des raisons indépendantes de la volonté de l'auteur.

© BIU Santé

lombaire, c'est-à-dire une courbure de compensation de la colonne vertébrale que produit le malade pour tâcher de ramener son membre en rectitude apparente.

Voyons maintenant ce qui se passe, lorsqu'il y a un certain degré de *rotation*. Lorsque le membre est maintenu en rotation externe, par exemple, l'épine iliaque du côté opposé se trouve projetée en avant.

Aussi, pour savoir si un malade a ou n'a pas de rotation externe, faut-il commencer par bien mettre exactement les deux épines iliaques sur le même plan. La rotation interne donnerait lieu à des considérations de même ordre.

***

Appliquons maintenant les données précédentes à la clinique.

Ce malade présente la jambe droite en *abduction*, *flexion et rotation externe*. Il y a un certain degré d'*ensellure lombaire*. On peut conclure, d'après ce que nous avons dit tout à l'heure, qu'il n'a probablement ni fracture, ni coxa vara, mais une lésion de l'articulation de la hanche, ou du voisinage de cette articulation, entraînant une contracture musculaire qui donne lieu à cette attitude vicieuse.

La *contracture musculaire* pourrait-elle seule intervenir pour produire cette attitude ? Oui. Il y a même un muscle qui, à lui tout seul, peut amener cette attitude vicieuse, c'est le psoas iliaque ; l'action, ou la contracture de ce muscle a en effet pour résultat, tout à la fois, la *flexion*, l'*adduction*, et la *rotation externe* du membre. Mais cette même attitude peut être réalisée par bien d'autres muscles de la cuisse. C'est cette attitude bien connue qu'on observe dans la première période de la coxalgie. De fait, plusieurs d'entre vous, qui sont déjà assez avancés dans leurs études médicales, ont dû penser, en voyant ce malade, qu'il s'agit sans doute d'une coxalgie. C'est ce que nous allons chercher à vérifier tout à l'heure.

Continuons l'examen de ce membre. Vous voyez qu'il présente, à sa face postérieure, des saillies volumineuses. Elles sont molles et nettement fluctuantes ; elles ont tous les caractères des abcès froids. Mais est-ce bien la topographie habituelle des abcès froids de la première période de la coxalgie ? Non. Les premiers abcès, remplis de fongosités plus ou moins mêlées de pus, qui deviennent apparents dans la coxalgie, siègent à la partie antérieure de la cuisse, envahissent souvent la bourse séreuse du psoas, et communiquent avec l'articulation, au travers d'une éraillure synoviale.

Si nous explorons la face antérieure de la cuisse, nous trouvons que les battements de la fémorale sont peut-être un peu plus apparents qu'ils ne devraient l'être, mais l'artère n'est pas soulevée comme elle l'est quand il existe au-dessous une collection profonde ; à un centimètre au-dessous de l'arcade de Fallope, je trouve la tête du fémur, et n'y sens pas d'empâtement : une pression, même énergique, n'y détermine aucune douleur. Ceci doit éloigner l'idée de la coxalgie.

Cependant, nous allons recourir à la provocation de la douleur à distance. Toutes les fois qu'on veut chercher si une articulation est malade, on essaye d'augmenter la pression entre les surfaces articulaires, et de déterminer ainsi une douleur.

C'est, pour l'articulation sacro-iliaque, le signe d'Erichsen, le signe de Larrey. Toutes les manœuvres, quelle que soit l'articulation, ont toujours le même but. Pour l'articulation de la hanche, lorsque le membre est en rectitude, on exerce une percussion un peu forte sur le talon. Lorsque la cuisse est en flexion, on peut arriver au même résultat, en percutant les condyles fémoraux.

Ici, la douleur provoquée fait défaut. Par conséquent, nous nous éloignons de plus en plus de l'idée d'une coxalgie, ce qui nous montre que l'attitude vicieuse à elle seule ne suffit pas pour affirmer le diagnostic de cette affection.

S'agit-il d'une contracture du psoas ? Elle pourrait être produite par une infinité de causes diverses, telles que les abcès périnéphrétiques, par exemple, donnant lieu à ce qu'on appelle le *psoïtis*. Elle peut être produite par une *appendicite*. J'ai vu trois cas où le diagnostic de coxalgie fut porté chez des enfants qui avaient simplement une appendicite ayant déterminé une légère contracture du muscle psoas.

Eh bien, lorsque la contracture musculaire est causée par les lésions d'une articulation, elle limite tous les mouvements, car c'est une contracture de défense, ayant pour objet d'immobiliser l'articulation, et par suite de diminuer les souffrances du malade. Elle est par conséquent généralisée à tous les muscles moteurs de l'articulation.

Cherchons donc si tout mouvement est supprimé dans cette articulation. Ayant placé ma main dans la région lombaire pour m'assurer que les mouvements ne se passent pas dans la colonne vertébrale, j'arrive à imprimer quelques mouvements de *flexion* qui s'exécutent avec aisance et une certaine souplesse. La contracture n'est donc pas généralisée, mais porte seulement sur certains muscles ; par conséquent, elle n'est vraisemblablement pas en rapport avec une lésion de l'articulation. Voyons maintenant les mouvements de *rotation*. Pour m'assurer que les mouvements que je vais produire se passent bien dans la hanche et non dans les articulations sacro-vertébrales, je repère l'une des épines iliaques. Je constate qu'il y a un mouvement de rotation très considérable.

Je constate également la persistance du mouvement d'*abduction*.

Je n'ai pas cherché à corriger l'attitude vicieuse, elle est certainement due à une contracture musculaire, impossible à vaincre, j'ai cherché, au contraire, à l'augmenter, et nous avons vu ainsi que les trois mouvements sont conservés. Voilà qui nous éloigne de l'idée d'une lésion articulaire primitive.

Or, vous savez que les abcès froids se développent bien rarement d'une manière primitive dans le tissu cellulaire ; presque toujours ils ont une origine osseuse.

S'agit-il d'abcès froids venant de la colonne vertébrale ? C'est peu probable, parce que ces abcès, généralement, fusent dans la fosse iliaque et viennent faire saillie à la partie supérieure de la cuisse ; or, nous venons d'explorer cette région et n'y avons trouvé aucun signe d'abcès ; mais quelquefois, il est vrai, ces abcès font un détour et passent par la grande échancrure, pour venir se loger dans la région postérieure de la cuisse, sans avoir affleuré à la face antérieure du membre.

Pour éliminer cette hypothèse, il me suffit d'explorer la région de la fosse iliaque, au niveau de laquelle une palpation profonde et attentive ne me révèle aucun signe d'abcès.

J'ai éliminé également l'hypothèse d'une tuberculose possible du pubis et de la branche ischio-pubienne, et l'hypothèse d'une sacro-coxalgie (il n'y a pas de contracture fessière). Mais, au niveau du trochanter, il existe une collection fluctuante manifeste. Ceci doit nous orienter vers l'idée d'une trochantérite.

Les *trochantérites* déterminent souvent des attitudes vicieuses, par contracture musculaire, qui en imposent pour une coxalgie. Pour vérifier ce diagnostic, il faut chercher si, en exerçant une pression graduelle et lente sur l'abcès postérieur, on le fait refluer dans l'abcès situé au-dessus du trochanter. S'il en est ainsi, c'est qu'il y a une communication entre les deux abcès.

Nous constatons que cette communication existe.

D'autre part, le trochanter présente un point douloureux très net. Il s'agit donc d'une *trochantérite tuberculeuse*. Je n'ai pas besoin de vous dire que le pronostic est infiniment meilleur que celui de la coxalgie.

***

Voici une malade présentant une atrophie et une attitude

© BIU Santé

vicieuse de son membre inférieur droit, consécutivement à une coxalgie très ancienne. Vous voyez que le membre est en *flexion*, *abduction* et *rotation interne*. Dans des cas exceptionnels, cette attitude peut exister dès le début de la maladie, quand la lésion principale intéresse le cotyle ; c'est ce qu'on appelle les *coxalgies acétabulaires*.

Ici, le diagnostic de la coxalgie n'est pas difficile. Mais chez les enfants, il faut penser à d'autres affections souvent confondues avec la coxalgie, et qui doivent en être soigneusement distinguées, parce que ce ne sont pas des manifestations tuberculeuses.

Ces affections non tuberculeuses de la hanche, chez les enfants, représentent le tiers des cas dans lesquels on porte couramment le diagnostic de coxo-tuberculose ou de coxalgie.

Depuis longtemps, on connaît un grand nombre de manifestations non tuberculeuses, portant sur la hanche : telles sont les *ostéomyélites* aiguës ou chroniques, de l'extrémité supérieure du fémur, les *arthrites infectieuses*, comme on en voit au cours de la fièvre typhoïde. J'ai vu également un cas de ce genre à la suite d'une phlébite variqueuse ; la malade, au moment de sortir de l'hôpital, ne pouvait marcher, et nous nous sommes aperçus qu'elle avait une luxation de la hanche.

La production de ces luxations est singulièrement obscure. On dit que l'hydarthrose chasse la tête du fémur de la cavité cotyloïde.

Restent les *manifestations syphilitiques* donnant lieu à certaines formes typiques : c'est ce qu'on appelle la *tumeur blanche syphilitique*, qu'on observe au coude et au genou. Mais les autres manifestations articulaires de la syphilis sont très obscures, en particulier pour la hanche. Chez les enfants qui présentent, à la période de croissance, des douleurs dans la hanche, on trouve fréquemment une réaction de Wassermann positive ; on est alors conduit à penser que la syphilis héréditaire peut jouer un rôle dans ces lésions. Mais peut-être va-t-on trop loin ? La syphilis, je vous l'ai dit dernièrement, ne met pas à l'abri des autres manifestations ; comme l'a dit un de mes collègues, le professeur Broca : « Le cumul est permis », c'est-à-dire qu'un syphilitique peut avoir une affection tuberculeuse, staphylococcique, ou streptococcique.

Ce qui est certain, c'est qu'on observe à la hanche une affection très fruste cliniquement, ne se traduisant guère que par une légère claudication, dans laquelle, dit M. Mouchet, « la symptomatologie n'est rien, la radiographie est tout ». Elle existe généralement chez des sujets de 5 à 9 ans. Le sujet boite un peu, lorsqu'il est fatigué. A la radioscopie, on constate une lésion du noyau épiphysaire de la tête du fémur, qui est aplati en galette, et un épaississement du col ; plus tard, le noyau osseux de la tête fémorale est divisé par des lames cartilagineuses en deux ou trois fragments. Si on suit l'évolution, on voit ce noyau osseux se reconstituer, tout en restant modifié. Finalement, la tête fémorale reste un peu aplatie. La guérison serait complète en l'espace de 5 à 6 mois, et ne laisserait aucune trace, d'après les uns ; mais le professeur Broca, mais M. Nové-Josserand ont montré des cas terminés par ankylose. C'est à cette maladie que M. Lance a donné le nom d'*ostéochondrite déformante*.

Certains chirurgiens ont déclaré qu'il s'agissait de luxations congénitales de la hanche méconnues. Et, en effet dans celles-ci, même lorsqu'elles sont réduites, on voit souvent un trouble d'évolution du noyau osseux de la tête du fémur, qui prend souvent cette disposition aplatie. Mais c'est une affection distincte ; on l'observe chez des sujets dont le cotyle est parfaitement sain, normal, et qui n'ont aucun degré de luxation congénitale de la hanche.

Est-elle d'origine traumatique ? ou infectieuse ? Et, si elle est infectieuse, quel en est l'agent pathogène ? Est-ce la syphilis ? Est-ce une forme larvée de la tuberculose ? ou une forme atténuée d'ostéomyélite ? Est-ce encore une lésion qu'on puisse rattacher au rachitisme ? Doit-on la rapprocher des lésions d'ordre rhumatismal ? Autant de questions qui demeurent sans réponse plausible, ou sans solution définitive à l'heure actuelle.

Toujours est-il qu'il existe, chez un certain nombre de sujets jeunes, des lésions particulières de la hanche, qui sont d'une tout autre nature que la coxalgie, avec laquelle on les confond en général très volontiers.

L'ostéochondrite déformante, d'une part, et d'autre part, l'arthrite déformante juvénile, d'après certains chirurgiens d'enfants, seraient deux affections totalement distinctes, La seconde, en effet, serait une véritable arthrite sèche de la hanche, comparable au *morbus coxae senilis* des gens âgés, qui est capable d'entraîner des luxations complètes de la tête fémorale. Mais, en réalité, ce ne sont peut-être pas deux maladies différentes, ce ne sont peut-être que deux modes d'évolution ou de terminaison différentes, car l'observation montre que chez certains sujets la maladie peut évoluer en deux phases : à la phase d'ostéochondrite pure du début faisant suite la phase d'arthrite déformante juvénile, dont le pronostic est beaucoup plus grave.

(*Leçon recueillie* par le Dr Laporte.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1924

La déclaration obligatoire de la paratyphoïde. — ***M. Vincent*** propose à l'Académie de donner son approbation à la déclaration obligatoire du groupe des paratyphoïdes. Ce vœu est adopté.

Discussion du rapport de M. Wallich sur l'assistance aux enfants du premier âge. — ***M. Wallich*** donne lecture de sa réponse aux objections présentées dans les séances précédentes par MM. Pinard, Marfan et Léon Bernard. Ainsi qu'il l'a déjà dit, M. Wallich, dans cette réponse, s'en tient aux questions générales, réservant pour des séances ultérieures les questions de détail. L'accord est unanime sur la nécessité d'apporter des perfectionnements dans la surveillance des enfants séparés, et des réformes dans l'installation des pouponnières. M. Wallich insiste sur les inconvénients et les dangers de l'élevage en commun. Notre premier soin, ajoute M. Wallich, doit être d'employer tous les moyens sociaux possibles de réduire le nombre des enfants du premier âge séparés de leur mère. M. Wallich fait suivre ses conclusions premières de vœux qu'il propose à l'Académie d'adopter.

Sur quelques modifications susceptibles d'être apportées au traitement antirabique. — ***M. Remlinger.*** — Le virus antirabique actuellement utilisé et qui en est à son 2.000e passage est très modifié dans ses caractères intrinsèques et dans les réactions qu'il provoque.

Il est, en raison de son adaptation étroite au système nerveux du lapin, devenu sans doute inoffensif pour l'homme. Mais il est aussi moins résistant à la dessiccation, devenant inactif en 4 jours au lieu de 6 ; moins résistant aussi à la glycérine qui l'inactive en 7 jours au lieu de un mois.

La souche pastorienne utilisée depuis 40 ans s'est donc très modifiée et si on continue les passages de cette souche il y a lieu de craindre qu'elle ne se modifie dans le sens de l'atténuation progressive.

L'auteur propose :

1° D'utiliser désormais une souche neuve permettant un traitement plus actif et plus rapide, même au prix de quelques réactions ;

2° De supprimer la phase de dessiccation et de pratiquer immédiatement l'immersion glycérinée ;

3° D'augmenter la quantité de virus injecté et le nombre des injections quotidiennes pour arriver à un traitement réalisable en 5 jours.

© BIU Santé

Obstructions nasales et névroses respiratoires. Leur traitement par la dilatation nasopharyngienne. — La technique de dilatation employée par *M. G. Gautier* est douce, élastique, et se pratique à l'aide de deux modèles de bougie en caoutchouc.

L'un, long de 0 m. 12 présente une courbure d'un angle de 30 degrés avec une extrémité olivaire ; il a la forme d'un triangle isocèle à base inférieure et son diamètre correspondant aux nos 10 à 26 de la filière usuelle. Sa cavité est close.

Ce modèle est utilisé pour les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que pour les premières dilatations lors de sténose accentuée chez l'adulte. Il permet d'aérer le canal naso-pharyngien, les gouttières nasales et la trompe d'Eustache. Depuis vingt années que l'auteur soigne par cette méthode les nourrissons et les enfants dans son œuvre philanthropique, il en constate, chaque jour, la grande efficacité dans toutes les inflammations catarrhales et poussées congestives de la muqueuse rhino-pharyngienne ; elle protège la muqueuse tubaire et l'oreille. Le plus souvent, dès sa première application, l'air circule à travers les fosses nasales permettant par exemple au nourrisson de téter sans suffocation.

Le second modèle, de même longueur mais d'une courbure plus allongée, possède son extrémité antérieure aplatie et fermée ; sa forme est moins isocèle, sa paroi est assez souple pour être dilatable ; sa cavité est ouverte à son extrémité postérieure pour y adapter une soufflerie.

Ce modèle est indiqué dans tous les cas d'imperméabilité nasale, ou chaque fois que l'examen fonctionnel montre que le sujet, respirant par la bouche, a une respiration nasale altérée, diminuée ou abolie. La respiration nasale peut être, en effet, troublée profondément, par sténose, par akinésie pharyngienne ou par dysmorphose bucco-pharyngée.

Dans tous ces cas, la dilatation ventile le naso-pharynx ; mais pour l'imperméabilité, son action est surtout vaso-motrice ; elle est réflexothérapique dans les autres cas.

La bougie pénètre dans le naso-pharynx avec douceur, grâce à une propulsion « diastolique » : on projette l'air dans la bougie sous forme d'un jet intermittent, elle se laisse dilater et, en revenant sur elle-même, elle favorise sa propre progression.

Avant tout traitement, l'auteur pratique une toilette naso-pharyngienne, au moyen de vapeurs aseptiques ; puis, il procède aux examens manométrique, spirométriques et rhinoscopique.

Dans un autre travail, M. Gautier a étudié les excellents résultats de sa méthode sur la cinématique diaphragmatique, son utilité pour l'aération des sommets du poumon et le rôle de l'anoxhémie par insuffisance respiratoire dans l'asthme et dans l'emphysème.

Les morphologistes reconnaissent que cette méthode, rétablissant la respiration nasale instinctive et naturelle, contribue puissamment à améliorer les dysmorphoses du massif naso-bucco-pharyngé.

Ce rétablissement de l'équilibre des synergies fonctionnelles est à signaler.

Dystocie par calcul vésical. — ***M. Leroy des Barres.*** — Il s'agit d'une femme de 28 ans, en travail, qui lui fut adressée avec un état général mauvais, de la température, un écoulement génital fétide. Le travail n'avançant pas, l'examen révéla la présence, entre la tête fœtale et le pubis, d'une masse dure qui empêchait la progression. Le cathétérisme vésical montra qu'il s'agissait de volumineux calculs vésicaux. L'auteur, sous anesthésie, repoussa la tête non engagée, déplaça la masse vésicale et termina l'accouchement par une application de forceps. L'examen clinique ultérieur révéla chez la malade un passé lithiasique très ancien, et par taille hypogastrique, on put extraire des calculs vésicaux volumineux dont deux pesaient respectivement 190 et 120 gr. Guérison.

Mesure géométrique de la surface du corps de l'homme, ses rapports avec les lignes du pied. — ***M. Roussy.*** — Cette mesure est basée sur deux facteurs principaux : 1° La mesure des différents périmètres du corps ; 2° la mesure de la face plantaire du pied.

Les périmètres du corps sont les suivants :

Périmètre frontal, périmètre buccal, périmètre cervical, périmètre mammaire, périmètre thoracique, périmètre de la ceinture, périmètre périnéal, périmètre rotulien, périmètre de la jarretière, du mollet tibio-tarsien. Vient ensuite la mesure de la base plantaire.

A ces mesures l'auteur ajoute celles des deux bras, périmètre acromio-sternal, o'écrânien, radio-carpien et digital.

Additionnant ces différentes mesures à la hauteur du corps, il les réduit en trois secteurs, tête, tronc, membres inférieurs, puis les membres supérieurs et obtient ainsi la mesure exacte de la surface du corps.

Sur la toxicité de la yohimbine. — ***M. Raymond Hamet.*** — La question des alcaloïdes existant dans les plantes du genre yohimbe n'est pas élucidée, et il est intéressant de savoir quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir relativement à la valeur thérapeutique de ces plantes, que la toxicité des alcaloïdes que l'on peut en extraire est fort variable. Aussi les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont-ils donné, pour les doses mortelles, des chiffres fort différents. M. Raymond Hamet fait voir dans ce travail que l'on a confondu sous l'appellation unique de yohimbine des alcaloïdes ne possédant ni la même composition chimique ni la même action pharmacodynamique.

L'intoxication par la yohimbine vraie présente deux phases successives : la première paralytique, la seconde convulsive. Dans la première phase, l'animal devient progressivement incapable de se tenir sur ses pattes ; il marche en rampant, la face ventrale reposant sur le sol ; enfin il tombe sur le côté et tous ses efforts pour se remettre debout demeurent inutiles. Dans la seconde phase, l'animal est affecté de convulsions parfois extrêmement violentes, éclatant sous l'influence de la moindre excitation extérieure, souvent même sans causes apparentes, et ces phases convulsives, tout comme dans la strychnine, sont séparées par des périodes de résolution musculaire complète. La mort survient par paralysie respiratoire ou par paralysie cardiaque si l'on entretient artificiellement la respiration. On observe une forte hypersécrétion salivaire au cours de ces accidents. A l'autopsie, on note une congestion intense des viscères abdominaux et plus particulièrement de l'intestin ; congestion marquée des organes génitaux et, chez le lapin, érections continues avec gonflement des testicules.

A côté de cet alcaloïde fort actif, que l'on peut extraire du *Pausinystalia Johimbe* il existe, surtout dans les faux yohimbes, des alcaloïdes à peu près inertes ou beaucoup plus toxiques, ce qui explique les divergences dans les résultats obtenus par différents expérimentateurs.

Les conclusions de M. Raymond Hamet sont les suivantes :

1° La yohimbine vraie est peu toxique ;

2° La yohimbine étant souvent confondue avec des alcaloïdes voisins, mais d'activité et de toxicité différentes, il importerait de découvrir des réactions permettant de l'identifier facilement ;

3° Si l'on veut, comme l'ont proposé certains thérapeutes, substituer à la yohimbine des préparations galéniques de *Pausinystalia Johimbe*, il conviendra de n'employer que des préparations titrées non pas en alcaloïdes totaux, mais en yohimbine vraie.

Séance du 12 février 1924

Fièvre paratyphoïde B chez un nourrisson. — MM. **Ch. Achard et J. Thiers** ont observé un cas de fièvre paratyphoïde B chez un enfant de deux ans et demi qui mourut au vingt et unième jour. La fièvre persistante, la prostration, la diarrhée tenace, puis les taches rosées ont été les principaux éléments du diagnostic clinique. La séro-agglutination avait été positive à 1/400 et l'autopsie montra des lésions des plaques de Peyer.

Les cas de fièvre paratyphoïde B sont rares dans la première enfance. Le premier est rapporté dans le travail princeps d'Achard et Bensaude qui a fait connaître les fièvres paratyphoïdes en 1896. Souvent la maladie guérit. La diarrhée est habituelle, la fièvre variable, les taches rosées inconstantes. On a signalé dans un certain nombre d'observations des arthrites suppurées.

Dans le cas présent, la fièvre paratyphoïde est survenue pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital et il est très probable que la maladie s'est transmise par contagion hospitalière.

© BIU Santé

A propos d'un cas de transposition de l'ovaire dans l'utérus après extirpation des trompes. — MM. *Letulle et Tuffier* montrent comment il est possible, après extirpation des trompes, d'inclure dans l'utérus un ovaire.

La malade qui fait le sujet de cette note eut ensuite ses règles normalement. Une affection ultérieure ayant nécessité l'ablation de l'utérus, l'examen anatomique pratiqué par M. Letulle a montré que l'ovaire avait, en effet, continué à vivre dans l'utérus. Il s'agirait de savoir si cet ovaire aurait continué à fonctionner et si l'utérus aurait pu devenir gravide. La tentative n'était pas moins intéressante à signaler.

Durée des perturbations cardio-vasculaires produites par l'exercice. — M. *Boigey* montre que l'exercice physique retentit sur la circulation pendant un temps plus long qu'on ne le croit généralement. C'est ainsi qu'un exercice violent, mais de courte durée, tel qu'une course de 100 mètres trouble le rythme cardiaque pendant une durée qui varie de quarante minutes, chez les sujets entraînés, à cinq heures, chez les sujets non entraînés.

Une course de 3.000 mètres, qui dure de neuf à onze minutes suivant la vitesse et la qualité des coureurs, perturbe le régime cardio-vasculaire pendant une période qui varie de une heure à cinq heures. On a vu les conditions normales de la circulation ne se rétablir que dix-sept heures après la cessation de l'effort.

L'aviron pratiqué au régime de vingt coups de rame à la minute pendant trente minutes modifiait le rythme du cœur pendant une période de trente-cinq minutes à deux heures.

Après des jeux de poursuite divers et une partie de football de trente minutes le cœur retrouve son rythme beaucoup plus tôt, car l'activité musculaire intermittente coupée de brefs repos est moins surmenante pour le cœur.

La position couchée prise après les efforts musculaires abrège beaucoup la durée des perturbations cardiaques. Les exercices coupés d'arrêts fréquents et ne nécessitant pas un effort soutenu agissent sur le cœur à dose en quelque sorte fractionnée et sont les plus recommandables.

Elections. — MM. *Tixier* (de Lyon) *et Mériel* (de Toulouse) sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division, chirurgie et accouchements.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1924

Le rôle de l'hypotension du liquide céphalo-rachidien. — *M. Okinczyc* fait un rapport sur quatre observations de M. Hertz et une de M. Soupault, relatives aux accidents provoqués par l'hypotension du liquide C. R. consécutivement aux traumatismes crâniens. Ces accidents dus à l'écoulement continu du liquide C. R. par la fissure dure-mérienne en cas de fracture du crâne ou par la brèche consécutive à la ponction lombaire, brèche qui produite en tissu rigide, a souvent peu de tendance à se fermer peuvent être graves et amener des accidents mortels. Ils sont justiciables, comme l'a montré Leriche de deux modes de traitement : injection intra-veineuse d'eau distillée, méthode rapidement efficace et à employer quand il y a urgence — et injection de sérum hypertonique plus indiquée quand les accidents sont moins menaçants Tous ces faits intéressants mettent nettement en lumière la nécessité de mesurer chez les traumatisés du crâne la tension du liquide C. R. et le danger des ponctions lombaires chez les blessés hypotendus.

Amputation du rectum par voie combinée périnéo-abdominale. — M. *Okinczyc* rapporte un travail de M. Chaton qui communique quatre nouvelles observations de cancers du rectum opérés par la voie périnéo-abdominale et suivies de guérison. Et cependant dans deux de ces cas il y a eu des incidents opératoires fâcheux : une fois l'intestin a été déchiré au cours du temps périnéal, une fois il fut déchiré à deux reprises au temps abdominal et au temps périnéal.

A propos de l'un de ces cas opéré en période d'occlusion, le rapporteur indique ses préférences en pareilles circonstances pour l'anus cæcal préalable plutôt que l'anus iliaque gauche fait par M. C. et qui expose à des difficultés opératoires plus tard. La mortalité totale de M. C. est de 16 % seulement.

La thrombophlébite par effort. — *M. Lecène* fait un rapport sur un cas de prétendue phlébite par effort examiné par MM. Grivot et Dandelot (Moselle). Ces auteurs ont observé un cas de thrombo-phlébite du membre supérieur attribué par le malade à un traumatisme d'ailleurs léger subi 15 jours avant le développement des accidents. MM. G. et D. ont opéré et ont enlevé la veine et le caillot. Le tout fut examiné avec soin et on constata dans le caillot et dans la paroi veineuse la présence de staphylocoque blanc et du streptocoque. Il s'agit donc d'une thrombo-phlébite infectieuse et le traumatisme n'est en rien incriminable n'ayant fait que révéler la lésion.

M. Cadenat a pu, au cours de la guerre, réunir quelques cas de thrombo-phlébites dites par effort dont deux personnels dans lesquels il a pu démontrer que le point de départ était dans le poumon.

Anus lombaire, exclusion et colectomie. — *M. Lecène* fait un rapport sur une observation de M. Félix Papin (Bordeaux). Il s'agit d'un malade atteint de tuberculose du rein gauche. Une néphrectomie fut pratiquée et fut suivie d'une tuberculisation en masse de la loge rénale. Au bout de 3 mois, l'intestin s'ulcera et s'ouvrit dans la plaie. M. P. (et M. Lecène l'approuvé entièrement) fit d'abord une exclusion bilatérale de l'intestin ouvert dans la plaie (côlon), puis, 40 jours tard, une colectomie et son malade a parfaitement guéri.

Cancers du col utérin et curiethérapie. — *M. Bégouin* (Bordeaux) communique sa statistique intégrale de cancers du col utérin traités par le seul radium. Dans 3 cas très graves les résultats ont été à peu près nuls.

Dans les cancers jugés inopérables (36 cas) il a eu 33 pour cent de guérisons. Dans 6 cas tous opérables il y a eu 6 guérisons (cinq de ces cas ont été examinés histologiquement).

Il utilise 40 à 45 millicuries, laissant ses tubes en place 3 jours.

M. Proust demande si M. B. n'a jamais de phénomènes réactionnels sur la vessie,

M. Bégouin répond qu'il a observé peu de réactions vésicales. Par contre, la rectite est fréquente. Dans les cas sérieux, le col après traitement est modifié et, bien que souple, est comme sectionné.

Scaphoïdite tarsienne spontanée des jeunes enfants. — *MM. Mouchet et Lecène* ont observé un nouveau cas de scaphoïdite tarsienne, dans lequel M. M. est intervenu et M. Lecène a examiné le scaphoïde enlevé et y a constaté la présence de lésions très nettes : petits foyers nécrotiques non douteux. Il s'agissait donc d'une ostéomyélite atténuée avec ostéite nécrosante en des points limités.

A propos de la technique de la gastroentérostomie. — *M. Cunéo*, à propos d'un article récemment paru dans la *Presse médicale*, sur la technique de la gastroentérostomie postérieure fait observer qus la technique préconisée par l'auteur est celle que lui-même et probablement tous les chirurgiens suivent actuellement.

Il faut faire la bouche le plus près du pylore et de la grande courbure et il est plus simple et plus facile, comme l'a montré Ricard, de faire une incision stomacale perpendiculaire à la grande courbure plutôt qu'oblique.

De même la question du retournement de l'anse, à laquelle on attachait autrefois tant d'importance, est maintenant de l'avis de tous sans aucun intérêt.

M. Chevrier qui a publié avec M. Ricard la technique de ce dernier rappelle les préceptes qu'il a posés. La forme de la boule, sa direction, dépendent de ce qu'on trouve, de l'état de l'estomac, du siège des lésions, etc. Quant à la direction et au placement de l'anse, M. Ricard avait pour cela une formule imagée et bien claire : ce qui tient contre ce qui tient, ce qui vient contre ce qui vient.

Présentation de malades. — *M. Thierry* présente un homme atteint de luxation de l'épaule droite, laquelle n'a pas été ré-

© BIU Santé

duite et qui s'est adapté à sa lésion de manière remarquable ayant récupéré la presque totalité de ses mouvements et pouvant faire sans peine son métier, dur cependant, de charron. Aussi, malgré que la luxation serait peut-être possible à réduire par l'usage de mouffles, a-t-il préféré s'abstenir.

MM. Auvray et Bazy s'élèvent contre l'usage des mouffles snsceptibles de provoquer des accidents graves.

M. Mauclaire présente une malade atteinte d'ulcérations vastes et profondes des deux reins consécutivement à des injections de paraffine.

Séance du 6 février 1924.

Fibro-myome du bassin compliqué d'étranglement interne. — *M. Lecène* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Tourneux (Tours) concernant un cas de tumeur pelvienne compliquée d'occlusion intestinale aiguë.

L'intervention montra qu'il s'agissait d'un fibrome périostique, tumeur rarement observée chez l'homme, comme dans le cas présent et dans laquelle s'était creusée une cavité. Une anse grêle s'était invaginée et étranglée dans cette cavité, ce qui rend cette observation particulièrement curieuse.

L'examen histologique de la tumeur, après ablation a montré qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne fibro-myxome.

Kyste para-rénal. — *M. Lecène* rapporte une seconde observation du même auteur concernant une tumeur rétropérito. néale, développée, comme l'a montré l'opération, aux dépens de la capsule adipeuse du rein qu'elle n'intéressait que par son pole inférieur. Il s'agissait d'une femme âgée, à paroi flasque. M. T. est intervenu et a abordé la tumeur par une incision abdominale médiane après s'être assuré du bon fonctionnement des deux reins pour pouvoir au besoin sacrifier l'un d'eux. Pour l'ablation de ces tumeurs, le rapporteur préfère l'incision latérale qui permait de rejeter facilement en dedans le côlon. La tumeur qui pesait 8 kilos a cependant pu être enlevée par l'incision médiane grâce à la laxité de la paroi. Elle n'adhérait qu'au pole inférieur du rein qui fut conservé. M. T. referma sans drainer, ce qui paraît un peu dangereux après l'ablation d'une si volumineuse tumeur. La malade alla bien pendant 7 jours. Mais à ce moment le pouls augmenta de fréquence et la malade succomba le 11e jour sans qu'on ait pu préciser la cause de la mort.

M. Savariaud appuie les conclusions de M. Lecène et déclare préférable l'incision latérale.

M. Tuffier est également partisan du drainage en pareille circonstance.

Les rubans métalliques dans l'ostéosynthèse. — *M. Debelly* (du Havre) fait une communication sur l'emploi des rubans métalliques genre Parkan, dans l'ostéosynthèse à propos d'une observation personnelle. Il s'agissait d'un jeune soldat qui s'était fracturé le tibia. Cette fracture un peu oblique ne pouvant être réduite, M. D. pratiqua l'ostéosynthèse et à l'aide d'une seule bande de Parkam, réussit à obtenir une réduction excellente. Le blessé reprit ses occupations sans incident notable. Mais peu après il fit une chute et se fractura à nouveau le même tibia fracture transversale cette fois, juste au-dessus du ruban métallique et parallèle à celui-ci. C'est pourquoi M. Debelly se demande si la présence de cette bande métallique n'a pas été la cause indirecte de la 2e fracture par suite d'ostéite raréfiante provoquée par elle, et s'il ne vaut pas mieux, quand c'est possible préférer le fil au ruban métallique. M. D. a remarqué qu'après une ostéosynthèse au ruban métallique il est habituel de constater quand le blessé commence à marcher, l'apparition d'une réaction avec rougeur, douleur et léger gonflement, phénomènes qui disparaissent d'ailleurs assez vite.

M. D. à cette occasion déclare qu'il lui semble préférable de faire l'ostéosynthèse d'urgence au lieu d'attendre quelques jours comme on l'a généralement conseillé. Les résultats qu'il obtient depuis qu'il intervient de bonne heure lui paraissent nettement meilleurs.

M. Dujarrier après examen des radiographies de ce blessé estime que dans ces fractures obliques la plaque est préférable aux rubans métalliques. Il préfère ceux-ci aux fils qu'on est le plus souvent obligé d'enlever secondairement. Mais il ne faut pas faire marcher les blessés trop vite, pas avant le 45e jour.

Il est d'avis d'apérer assez vite et souvent vers le 2e ou 3e jours.

M. *Alglave* croit également que l'opération gagne à être précoce. M. Lambotte conseillait d'attendre 8, 10, 12 jours à cause des lésions cutanées. Mais si on opère tôt celles-ci n'existent pas le plus souvent. Dans le cas de M. D., la plaque lui eût semblé préférable. L'emploi du ruban est plus commode. Mais celui-ci est plus fragile que le fil de bronze de deux millimètres.

M. *Fredet* n'a pas constaté que les rubans métalliques soient moins bien tolérés que les fils. Il insiste sur la nécessité d'empêcher la marche avant le 45e ou le 50e jour.

L'éventration du diaphragme. — *M. P. Duval*, à l'occasion d'un malade qu'il a eu l'occasion d'observer et d'opérer récemment attire l'attention sur cette curieuse affection décrite par J.-L. Petit et appelée : éventration du diaphragme. Ce muscle laisse remonter les organes intra-abdominaux dans le thorax, sans qu'il y ait brèche du diaphragme.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans, qui raconte avoir eu une pleurésie gauche à l'âge de 25 ans. Mais il faut noter que toutes les ponctions faites à ce moment sont restées blanches, ce qui permet de penser qu'il s'agissait déjà d'une crise semblable à celle qui a amené le malade à l'hôpital ces temps derniers. Il a été pris brusquement d'une douleur très violente dans l'hypochondre gauche, avec matité du thorax en arrière et en bas. On pense à une pleurésie. Mais la ponction reste encore blanche, et les souffrances continuent, il entre dans le service de M. Widal qui constate de la matité du thorax en arrière mais est frappé de l'existence de sonorité exagérée en avant. Il fait radioscoper le malade et on constate alors que les organes abdominaux sont remontés dans le thorax. Il n'y a cependant pas de troubles digestifs ni de dyspnée. Le principal symptôme c'est la douleur qui reste très violente. Le diaphragme est certainement intact et un pneumothorax artificiel montre qu'il n'y a pas d'adhérences pleurales donc écarte toute probabilité de pleurésie ancienne.

Sur les instances du malade et après l'avoir prévenu des risques possibles, M. D. s'est décidé à intervenir et à intervenir par voie combinée, par thoracolaparotomie, en utilisant l'incision conseillée par Ans. Schwartz qui lui a donné un jour parfait. Il a trouvé le diaphragme d'apparence intact et tendu. Une manœuvre conseillée par M. Quénu et consistent à faire abaisser brusquement les organes abdominaux par la main d'un aide glissée sous le diaphragme et repoussant en masse vers le bas les organes abdominaux, permit de glisser aisément le diaphragme par plusieurs points perforants. Les fils sont ensuite fixés à la 7e cote, ce qui est d'ailleurs un peu trop haut comme on l'a constaté après.

Le résultat obtenu a été des plus satisfaisants et les douleurs ont disparu. Ce cas semble être le second dans lequel une intervention ait été faite sur le diaphragme lui-même. M. D. a retrouvé 16 autres observations constatées dans des interventions mais dans lesquels on n'a rien tenté sur le diaphragme.

M. Cunéo pense que cette affection est le résultat d'une lésion congénitale.

La résection du côlon pour cancer. — *M. Okinczyc*, à propos d'une observation communiquée antérieurement par M. Lenormant développe les conclusions auxquelles l'ont conduit ses observations. La résection immédiate en un temps est toujours dangereuse car la suture immédiate des côlons est très risquée. La dérivation préalable doit être la règle quand on opère sur le côlon gauche ou sur le côlon transverse. En cas de cancer de cette dernière portion un segment large de l'épiploon paraît devoir être réséqué au niveau de la tumeur et le décollement du mésocolon et de l'épiploon ne doit être fait que de part et d'autre de celle-ci.

Au cours de la séance, M. Mauclaire est élu membre honoraire de la société.

© BIU Santé

Séance du 13 février 1924.

Tumeur d'origine wolfienne. — M. *Lecène* rapporte un cas de tumeur rétropéritonéale communiqué par MM. Madier et Nathan et que l'examen a montré être une tumeur d'origine wolfienne.

Un cas d'ostéosynthèse par chevillement. — M. *Descomps* fait un rapport sur un cas de fracture sous tubérositaire de l'humérus, traitée par chevillement (M. Deniker). La fracture n'avait pu être réduite malgré l'extension continue, laquelle fut cependant prolongée assez longtemps. Aussi l'ostéosynthèse fut-elle faite un peu tardivement. Comme il s'agissait d'une fracture plutôt basse et presque transversale, M. D. a préféré l'enchevillement avec une cheville d'os mort, à l'ostéosynthèse par plaque — et l'opération a été relativement facile (incision antérieure). Revu 10 mois après, le petit blessé avait récupéré l'intégralité des mouvements de l'épaule, et n'avait pas d'atrophie. Le greffon avait presque complètement disparu à la radiographie. Le raccourcissement n'était que d'un centimètre.

Volvulus de l'intestin grêle. — M. *Rouvillois* rapporte deux observations de MM. Gompers et Perreau (armée belge), concernant des cas de valvulus du grêle. Dans le premier cas, le malade, un jeune soldat, était atteint de coliques violentes avec vomissements, se calmant par intervalles — avec arrêt des matières. Deux fois des lavements électriques amenèrent une amélioration passagère mais les accidents reparurent. Le ventre restait souple. L'opération pratiquée montra une anse grêle tordue dans le sens des aiguilles d'une montre.

La détorsion fut aisée car il n'y avait aucune lésion inflammatoire nette. Mais les gaz franchissaient toujours mal l'obstacle. Une fistule intestinale fut alors pratiquée au-dessus de l'anse malade. Guérison.

Dans le 2e cas l'opération fut tardive, le malade qui était en permission chez lui ayant été envoyé trop tard à l'hôpital. Ici l'appendice était malade et en outre une anse grêle était tordue au contact de ces lésions inflammatoires. Le malade succomba.

M. R. fait remarquer que pour le premier malade l'intervention eût gagné à être plus précoce et que, devant des signes d'occlusion persistante, le lavement électrique ne doit pas être renouvelé car il peut devenir dangereux.

Résultats éloignés du traitement des ulcères perforés. — M. *Basset* a étudié les résultats obtenus dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, et a relevé à cet égard les diverses observations publiées avec les résultats éloignés. Sur 30 observations il en trouve 20 dans lesquelles les malades ne présentent plus ni douleurs, ni troubles quelconques. Onze fois l'examen radioscopique a confirmé ces excellents résultats. Dans les 2/3 des cas l'intervention par conséquent a, non seulement, sauvé la vie des malades, mais les a guéris. Sur les 10 autres cas 7 ont été améliorés — 2 ont été réopérés et gastroentérostomisés, cette intervention secondaire ayant alors amené une guérison qui semble définitive. Dans 3 cas seulement le résultat a été mauvais l'évolution de l'ulcère n'ayant pas été influencée.

Au point de vue du siège de l'ulcère perforé, celui de la paroi antérieure paraît être le plus favorable — ensuite celui du duodénum.

Les résultats obtenus dans les ulcères calleux sont les plus mauvais. Aussi l'exérèse large paraît particulièrement indiquée dans ces cas.

Au point de vue opératoire c'est la suture combinée avec la gastroentérostomie immédiate qui paraît donner les meilleurs résultats.

Paralysie du cubital et fracture du condyle externe. — M. *Grégoire* a observé récemment une femme atteinte de paralysie du nerf cubital. Cette femme avait eu, 25 ans auparavant, une fracture du condyle externe. Quelques cas analogues ayant été décrits, il est permis de se demander quelle est la relation entre la paralysie et la fracture et par quel mécanisme celle-ci peut si tardivement amener une lésion du nerf.

C'est là un fait rarement observé mais toujours la paralysie semble survenir tardivement : une malade de M. Mouchet a eu une paralysie 26 ans — une autre 36 ans après la fracture. Dans tous les cas les lésions se succèdent : il y a fracture du condyle externe — puis cubitus valgus, puis paralysie.

M. Mouchet pense que c'est le cubitus valgus qui en s'accentuant progressivement amènerait une tension de plus en plus accentuée du cubital sur l'olécrâne. Mais le cubitus valgus cesse de s'aggraver quand le blessé cesse de grandir et cependant la paralysie n'apparaît souvent qu'assez longtemps après.

Dans le cas présent il ne semble pas qu'on puisse incriminer la tension du nerf et M. G. pense que la lésion nerveuse est due à une amélioration progressive de l'extension de l'avant-bras sur le bras. Dans l'extension l'olécrâne par suite du valgus se rapproche de l'épitrochlée et le nerf dans sa gouttière se trouve coincé entre l'humérus et l'olécrâne. Aussi les meilleures opérations sont d'une part l'ostéotomie supra condylienne qui corrige le valgus — mais qui ne donne que des résultats tardifs — et la transposition du nerf cubital. C'est à celle-ci que M. G. a donné la préférence. Il a placé le nerf en avant de l'épitrochlée et le résultat a été excellent.

M. *Routier* dans un cas analogue a fait aussi cette opération avec un résultat satisfaisant.

Discussion sur le traitement des ulcères perforés de l'estomac (*suite*). — M. P. *Duval* répond à M. Hartmann. Il fait observer que les statistiques ne permettent guère de conclusions. M. Hartmann, pour étudier les résultats de la résection segmentaire s'est basé sur 23 cas seulement qui ont donné 39 % de morts. Mais si on étudie des statistiques plus importantes les résultats sont bien différents. M. D. a relevé 97 cas avec 11 % seulement de morts.

La mortalité globale ne permet donc pas de condamner *a priori* la résection segmentaire et celle-ci reste défendable et peut-être être faite sans témérité. On ne doit la rejeter que si on est partisan du traitement indirect de l'ulcère.

Discussion sur la rachianesthésie (*suite*). — M. *Chevrier* rejette cette méthode d'anesthésie au nom de la physiologie. Celle-ci montre que le système nerveux central est enfermé dans une membrane qui ne permet pas la dialyse quand elle est intacte. Si après avoir injecté des anesthésiques dans le liquide C. R., ceux-ci sont résorbés ce ne peut être que par production d'une méningite aseptique. Or la gravité et l'importance de cette méningite secondaire est bien difficile à apprécier. Ses conséquences tardives peuvent être plus graves que ne le supposent les chirurgiens qui emploient cette méthode. Ce sont les médecins qui peuvent les voir apparaître tardivement et il est de fait que beaucoup de ceux-ci sont hostiles à ce mode d'anesthésie.

Le chloroforme et l'éther lèsent, dira-t-on, le foie et le rein. Mais ces deux organes sont aptes à lutter, car la défense contre les poisons entre dans leur rôle physiologique. Ce n'est pas le rôle du S. N. central.

La rachianesthésie ne doit donc être employée que dans des cas très exceptionnels dans lesquels les autres modes d'anesthésie sont formellement contre-indiqués.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1924.

Tuberculose pulmonaire, conséquence d'une contusion thoracique. — MM. *C. Lian* et *A. Lambling* présentent un malade de 56 ans, qui depuis l'âge de 34 ans, où il avait été soigné pour une pleurésie droite avec épanchement était toujours resté bien portant, exerçant le métier pénible de terrassier.

A la fin de mai dernier, dans un accident de voiture, il reçut une violente contusion dans la région antérieure du thorax au niveau des deux seins. La douleur thoracique très intense persiste 3 à 4 semaines.

Deux mois après la contusion, hémoptysie rouge abondante et poussée de fièvre 39°, terminée en une semaine.

Depuis l'hémoptysie, apparition de toux sèche qui un mois plus tard commence à s'accompagner d'expectoration mucopurulente en même temps que le malade maigrit et voit ses forces diminuer.

© BIU Santé

Actuellement infiltration tuberculeuse de toute la hauteur du poumon droit et légère induration du sommet gauche. Présence de nombreux bacilles de Kock dans l'expectoration.

La filiation des accidents est telle que le rôle déterminant de la contusion thoracique dans le réveil de la tuberculose pulmonaire chez ce malade paraît bien net.

Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine. — MM. ***Aubertin*** et ***Gambillard.*** — Les modifications de la tension artérielle, bien étudiées dans l'angine de décubitus par insuffisance ventriculaire gauche, sont moins connues dans l'angine d'effort dont la durée si brève ne permet pas toujours des mensurations répétées. Les auteurs rapportent 4 cas dans lesquels l'angine d'effort était accompagnée d'une hypertension paroxystique considérable. Parfois il s'agit d'hypertendus permanents chez lesquels la tension systolique s'élève brusquement au moment de l'effort, la tension diastolique restant invariable, et les phénomènes douloureux coïncidant avec la montée de la tension ; parfois il s'agit de sujets à tension absolument normale qui présentent une hypertension paroxystique portant non seulement sur la maxima et aussi et surtout sur la minima (par exemple de 12-8 à 22 1/2-16 1/2) le tout ne durant que quelques minutes et abaissé par le nitrite d'amyle.

Ces faits montrent que l'hypertension paroxystique coïncidant avec l'angine d'effort signalée par Mackenzie et Pal, considérée comme rare par nombre d'auteurs, est peut-être plus fréquente qu'on ne le pense généralement, car la tension prise immédiatement après une crise ne renseigne nullement sur le chiffre de tension qui accompagne le début de la crise.

M. ***Lian*** signale avoir constaté de l'hypertension survenue au moment de la crise d'angor, mais il insiste aussi sur la crise vaso-constrictive intense provoquée par la douleur angineuse, si bien qu'il existe là un véritable cercle vicieux par réflexe viscéral.

Etude sur les variations de la cholestérine dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. **M. *Chiray*** et ***R. Le Clerc*** étudient les variations de la cholestérinocholie à l'aide du tubage duodénal en se plaçant surtout au point de vue de la comparaison entre la bile vésiculaire et la bile hépatique étudiées à l'aide de l'épreuve de Melzer-Lyon. Ils emploient pour ces dosages la méthode de Grigaut et arrivent aux conclusions suivantes :

1° Normalement, la bile vésiculaire, bile B des auteurs américains, contient de 4 à 10 fois plus de cholestérine que la bile cholédocienne (bile A des Américains). Cette action de concentration vésiculaire, beaucoup plus forte pour la cholestérine que pour les autres éléments de la bile, montre que très probablement la muqueuse vésiculaire sécrète pour son compte de la cholestérine.

2. Dans les cas de cholécystite lithiasique ou non lithiasique, dans les cas de troubles vésiculaires réflexes (ulcère duodénal), le rapport est inverse et ceci peut avoir une importance pour le diagnostic.

3. Lorsqu'il y a oblitération du cystique ou annihalation des fonctions vésiculaires du fait de la présence de gros calculs, le taux de la cholestérine comme des autres éléments biliaires est égal dans la bile A et la bile B.

4. Dans les cas de parésie mécanique du cholécyste par péricholécystite scléreuse très serrée on peut démontrer la faiblesse de la contractibilité vésiculaire par l'excessive concentration de la bile B où l'on trouve une augmentation considérable et parallèle de la cholestérine ainsi que des pigments biliaires.

M. ***Ménétrier*** considère que l'anatomie pathologique de la vésicule biliaire permet de penser que la cholestérine doit être sécrétée par la vésicule.

M. ***Renaud,*** à ce propos, rappelle que M. Gosset et ses collaborateurs ont trouvé des cristaux de cholestérine dans la profondeur de la muqueuse.

Lithiase biliaire infectée. Vaccinothérapie anti-colibacillaire préopératoire. Cholécystectomie. Guérison. — M. ***Lian.***

De l'extrait glycériné de staphylocoques du prof. Vallée dans la tuberculose pulmonaire. — M. ***Lafosse*** montre que la marche de la tuberculose n'est nullement influencée par cet extrait, mais que dans les cas de tuberculose avec associations microbiennes on note des améliorations intéressantes ainsi que dans les crises d'asthme observées dans les tuberculoses fibreuses.

De la névralgie du laryngé supérieur comme complication de l'épidémie actuelle de grippe. — M. ***Halphen*** a constaté au cours de l'épidémie actuelle de grippe de nombreux cas de névralgie du laryngé supérieur. Cette névralgie est caractérisée par une douleur périlaryngée souvent calmée par la déglutition, douleur irradiée à l'oreille s'accompagnant d'une sensation de chatouillement qui entraîne une toux quinteuse et coqueluchoïde. Parfois un « faux pas laryngé », c'est-à dire une crise subite d'aphonie survient au cours d'un effort vocal. Ce faux pas est dû à un défaut de tension d'une corde vocale. A l'examen on ne constate aucune lésion pharyngo-laryngée, mais la palpation du cou réveille toujours une sensibilité très vive au niveau du point d'émergence du nerf laryngé supérieur entre la corne hyoïdienne et la grande corne du cartilage thyroïde.

Si l'aspirine, les gargarismes salicylés, peuvent calmer de véritables crises de névralgie, le plus souvent il faut recourir à l'anesthésie tronculaire du nerf par injection d'alcool, petite manœuvre simple, à la portée de tous et sans aucune conséquence fâcheuse.

Séance du 15 février 1924.

Hypertension paroxystique chez un saturnin. — (A propos du procès-verbal) MM. ***Vaquez et Magnol*** résument l'observation d'un malade âgé de 30 ans qui présente comme complication d'un saturnisme ancien, des crises paroxystiques d'hypertension. La tension artérielle est à 30 comme tension maxima au moment des crises et redescend aux environs de la normale entre celles-ci.

Au moment des poussées hypertensives, il présente le signe de l'encéphalopathie saturnine.

Scoliose essentielle familiale. — M. ***Crouzon*** présente deux frères de 18 et 16 ans atteints d'une scoliose grave survenue chez le 1er à 15 ans, chez le 2e à 6 ans. Chez le 1er cette malformation s'accompagne d'un pstosis congénital bilatéral ; chez le 2e, d'un nanisme prononcé.

En dehors des malformations des maxillaires, les malades ne présentent aucune autre malformation osseuse. Il n'existe aucun signe d'hérédo-syphilis. Il s'agit d'une scoliose grave tardive présentant un caractère familial.

M. ***Guinon*** rappelle que la scoliose héréditaire n'est pas rare et que dans un grand nombre de cas, il n'a pu déceler des stigmates de syphilis héréditaire.

M. ***Pinard*** considère qu'il faut se livrer à des enquêtes familiales remontant très loin et à une enquête sérologique sur tous les membres vivants avant d'écarter la syphilis.

M. ***Variot*** rapporte l'observation d'enfants présentant des déformations osseuses familiales, notamment il cite le cas de deux frères ayant, comme leur père, les tibias incurvés. Les déformations osseuses sont donc héréditaires. Il ne pense pas que la syphilis soit forcément en cause dans ces cas.

Lymphocytome malin du médiastin antérieur chez un enfant de 20 mois. Origine lymphatique probable. — MM. ***J. Renault, Cathala et Plichet*** décrivent le syndrome clinique réalisé par cet enfant de 20 mois, qui ressemblait au syndrome médiastinal de l'adulte : dyspnée, cornage, cyanose, œdème en pèlerine, large matité sternale à limites nettes. Le diagnostic se posait avec l'hypertrophie simple du thymus et l'adénopathie tuberculeuse. Le siège de la tumeur dans la loge thymique rend probable l'origine aux dépens du thymus que l'absence de corpuscules de Hassall ne permet pas de prouver. Il est à noter que ce néoplasme ne retentissait que très modérément sur l'état général et que l'enfant n'était en rien rachitique.

Méningite à streptocoques consécutive à une varicelle. — MM. ***Lenoble et Thelemans*** (de Brest) rapportent l'observation d'une fillette de 5 ans atteinte de méningite à streptocoques consécutive à une varicelle. Le début fut brusque, l'évolution

© BIU Santé

rapide, la terminaison fatale. Les auteurs rappellent à cette occasion la gravité possible des complications des varicelles à vésicules suppurées (néphrites endocardites végétantes). Le mécanisme invoqué par les auteurs est celui qui résulte des expériences de Van Caneghem (de Gand) en 1919 ; inflammation des couches cérébrales superficielles et participation des ventricules 36 heures après le début de l'infection.

Un cas de pléonostéose. — MM. ***Caussade et J. Peynet*** présentent une femme de 25 ans, atteinte de pléonostéose caractérisée par une dystrophie généralisée de tous les os, provenant d'une ébauche cartilagineuse. Cette dystrophie intéresse également les segments rhizoméloques et inférieurs des membres inférieurs et supérieurs, qui sont d'une part raccourcis dans leur longueur, et qui d'autre part, sont hypertrophiés dans leur diamètre transversal, à prédominance épiphysaire, d'où résulte une déformation assez spéciale, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle plus ou moins complète, accentuée en outre par l'ankylose partielle des articulations.

Le facies du sujet, du type mongolique, permet de rattacher cette dystrophie osseuse à la persistance d'une hérédité ancestrale. Autre caractère important : cette affection est héréditaire, congénitale et familiale, dans notre cas comme dans les cas princeps de M. Leri.

Ainsi toute confusion doit être évitée avec l'achondroplasie.

A propos de la pléonostéose familiale. (Présentation de pièces et de radiographies). — M. ***André Léri*** rapporte plusieurs cas de pléonostéose familiale qui ont été observés à l'étranger depuis la présentation de ses premiers malades. (Société médicale des Hopitaux, 29 juillet 1921. *Presse médicale*, 7 janvier 1922.)

Il rappelle l'attention sur les caractères cliniques et radiographiques qui distinguent la pléonostéose de l'achondroplasie : pas de macrocéphalie, pas de raccourcissement des membres à localisation rhizomélique, pas de main en trident, pas d'isodactylie ; en revanche, main courte à doigts boudinés, 2es phalanges en demi-flexion irréductible ; auriculaire court et incurvé en dehors ; attitudes anormales et immobilisation relative de tous les segments de membres (membres supérieurs généralement en rotation interne et pronation, membres inférieurs en rotation externe) ; caractère héréditaire et familial dans tous les cas signalés jusqu'ici ; origine congénitale, mais affection non constituée dès la naissance ; faciès mongoloïde. Ces caractères permettent de considérer cette affection héréditaire comme une *anomalie réversive*, comme une sorte de retour vers une *race atavique*.

Les radiographies montrent que la lésion essentielle est une *hypertrophie osseuse* (πλεον = en trop), qui porte sur les diadiaphyses et surtout *sur les épiphyses* ; celles-ci peuvent devenir énormes, mais poreuses et mal calcifiées, elles peuvent s'écraser ou se résorber. Dans l'achodroplasie, la lésion est surtout en arrêt du développement du cartilage diaphyso-épiphysaire.

Un squelette du musée Dupuytren, présenté par M. André Leri, illustre à la fois les ressemblances et les dissemblances de ces deux affections, et la radiographie semble permettre d'en faire un exemple anatomique de pléonostéose.

Dans quelle mesure la syphilis est-elle responsable de l'évolution des scléroses viscérales ? — M. ***Maurice Renaud***, faisant une enquête clinique minutieuse chez plus de 1000 malades de son grand service de chroniques, trouve que 55 seulement de ceux-ci ont présenté des symptômes caractéristiques de la syphilis. Il discute longuement la valeur de pareille donnée, dont l'évidence et l'importance ne sauraient échapper à personne.

Etudiant d'autre part la vie de ces syphilitiques il ne découvre pas qu'ils aient été sensiblement plus que d'autres prédisposés à l'éclosion d'affections viscérales chroniques.

Rejetant l'hypothèse couramment acceptée de l'extrême fréquence des syphilis latentes ou méconnues, M. M. R. conclut que la clinique ne montre pas que la syphilis soit un facteur de premier plan des scléroses viscérales. D'ailleurs, ni l'anatomie ni la biologie ne le montrent davantage. Après une critique serrée de la valeur des réactions du type Bordet-Wasserman, il pense que la plus grande réserve s'impose dans l'interprétation des résultats de ces réactions qui ne donnent, ainsi qu'il l'a montré dernièrement à la Société de biologie, qu'un élément d'enquête assez banal et en tout cas sans spécificité.

Le rapprochement qu'a fait M. R. des données cliniques et de l'état des réactions humorales est d'ailleurs des plus suggestif. Dans le tableau qu'il publie, les pourcentages des réactions positives et négatives dans les différentes catégories de malades sont tels que la réaction paraît bien incapable de mettre sur les affections une signature étiologique à laquelle on puisse faire aveuglément confiance.

Il proteste en fin d'étude contre l'extension du domaine de syphilis qui est de mode aujourd'hui, mais qui lui paraît injustifié et aussi regrettable au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

M. ***Lenoir*** s'étant livré à une statistique très importante conclut que l'on observe la syphilis à l'hôpital dans 20 % des cas.

MM. ***Milian***, M. ***Pinard***, ***Gueyrdt*** discutent les conclusions de M. Renaud et prouvent que les chiffres qu'il apporte sont au contraire en faveur de la fréquence de la syphilis dans l'évolu- des scléroses viscérales.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 février 1924.

A propos des fistules anales. — M. ***Péraire*** pense qu'en dehors de la tuberculose et de la syphilis, le colibacille est une cause fréquente des fistules. Toute phlébite hémorrhoïdaire en contient. De plus, les fistules sont aussi fréquentes chez la femme que chez l'homme. M. ***Mouchet*** insiste également sur l'origine colibacillaire de ces fistules.

A propos des piscines. — *La Société de Médecine de Paris* émue des faits nouveaux de spirochétose ictéro-hémorrhagique contractée dans une piscine parisienne venant après des faits de conjonctivite, émet le vœu que les piscines de la Ville de Paris soient mieux surveillées, que leur eau soit changée plus souvent et surtout que les baigneurs ne puissent pénétrer dans l'eau qu'après un savonnage soigneux et de tout le corps à l'eau tiède.

Fibrome avec dégénérescence sarcomateuse. — M. ***Dartigues*** présente l'utérus d'une jeune femme de 24 ans chez qui il avait pratiqué 9 mois auparavant une myomectomie. L'examen histologique a montré des cellules sarcomateuses au niveau de l'ancienne myomectomie. L'hystérectomie se trouvait donc des plus justifiées.

Traumatisme du cou-de-pied. — M. ***Barbarin*** apporte un cas de fracture bi-malléolaire et deux cas de luxation de l'astragale guéris tous trois avec restitution fonctionnelle. Il montre l'importance pour le diagnostic et le traitement d'un examen radiographique avant, pendant et après l'opération.

Dans un cas de luxation ancienne de l'astragale, il dut pratiquer l'astragalectomie, opération excellente.

Kyste double de l'ovaire pris pour un fibrome et radiothérapie. — M. ***Petit de la Villéon*** présente cette pièce opératoire intéressante et exprime sa préférence pour l'opération qui permet un diagnostic certain et précis, un traitement conservateur et une thérapeutique présentant un minimum de danger.

Nouvelle variété de trocart-canule à transfusion sanguine. — M. ***Rosenthal*** en présente un petit modèle pour ponction du sinus chez le nourrisson.

Annulation de la tension veineuse. Indication d'urgence de la transfusion sanguine. — M. ***Rosenthal*** conclut, d'après ses recherches, que l'absence de reflux sanguin après introduction de l'aiguille, est une indication formelle de la transfusion immédiate.

© BIU Santé

La pratique du pneumothorax de Forlanini. — M. ***Rosenthal*** précise quelques points des indications de la méthode des insufflations d'azote dans la plèvre.

Contention des fractures de la clavicule. — M. ***Judet*** présente un appareil qui prend appui sur le bassin, formé d'une gouttière en aluminium embrassant l'hémithorax et d'un béquillon oblique en arrière qui maintient le moignon de l'épaule en haut, en arrière et en dehors.

Jeûne thérapeutique et intoxication par ingestion d'œufs. — M. ***Natier*** apporte l'histoire d'une fillette de 9 ans et de son frère, atteints d'entérite et d'intoxication par abus d'ingestion d'œufs. Guérison par la cure exclusive de jeûne.

Une cure d'amaigrissement par les rayons ultra-violets. — MM. ***Livet*** et ***Van Lier***, utilisant les propriétés catalytiques et photolytiques des rayons ultra-violets et leur action sur les glandes à sécrétions interne, ont pu par ce moyen traiter l'obésité et obtenir en 15 à 30 séances des pertes de poids de 4 à 10 kgr.

Traitement de certaines formes de tuberculose par un extrait bacillaire colloïdal. — M. ***Grimberg*** expose son traitement spécial, ses indications et contre-indications. Le traitement modifié ne donne plus d'accident. Il consiste en injections sous-cutanées. Sur 162 malades traités, il aurait obtenu 53 % de guérisons cliniques.

A propos de la tuberculinothérapie. — M. ***G. Petit*** rappelle que cette méthode de traitement n'a rien de secret, en donne sa composition, ses bases scientifiques, commente les succès obtenus et montre son importance dans la lutte antituberculeuse.

H. Duclaux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er février 1924.

La cure du cancer rectal. — ***Victor Pauchet*** présente un film représentant l'*amputation abdomino-périnéale du rectum*.

Le pronostic immédiat et éloigné du C. R. repose sur : un *diagnostic précoce* et une *bonne technique*.

Le diagnostic précoce nécessite le *toucher rectal* et la *rectoscopie* systématiques chez tout malade qui a présenté des troubles rectaux même légers. *Ne jamais prononcer les mots d'« hémorroïdes »* ou d'*« entéro-colite » sans avoir fait auparavant la rectoscopie.*

Tout cancer opérable doit être enlevé. Les résultats éloignés de l'exérèse sont fort bons.

La *curiethérapie* est indiquée chez les sujets tarés, ou diabétiques et quand la lésion est avancée.

La *radiothérapie profonde* lui est préférable dans les cancers recto sigmoïdes.

L'*opération* est, en principe, le traitement de choix ; et comme opération : l'*amputation abdomino-périnéale* avec anus iliaque continent dans les cancers recto-sigmoïdes ou ampullaires, mais avec un sujet encore jeune (de 40 à 60 ans), résistant, sans tare, au ventre souple, maigre, etc.

Si on passait outre à cette indication, l'amputation abdomino-périnéale du rectum serait meurtrière et donnerait 50 % de mortalité ; tandis que si on suit ces indications, elle est réduite à 15 % environ.

L'*amputation périnéo sacrée* convient aux cancers ano-rectaux et aux cancers ampullaires, moins résistants. Elle donne 7 à 8 % de mortalité.

Suture de la veine-cave inférieure. — M. ***Peugniez*** ayant, au cours d'une opération, ouvert dans la profondeur du ventre la veine-cave inférieure, put enserrer le vaisseau entre deux pinces au-dessus et au-dessous de la déchirure, et en faire la suture en un plan avec une fine aiguille de Reverdin.

M. ***Dartigues***, au cours d'une laparotomie pour suppuration pelvienne, blessa la veine-cave inférieure chez une femme de 30 ans qui avait un énorme pyosalpinx gauche avec adhérences complexes. Suture par un surjet au catgut fin de la veine. Etanchéité parfaite. Guérison sans complication.

Cancer du sein et adénites inflammatoires. — M. ***Raymond Bonneau*** rappelle que fréquemment dans le cancer du sein non ulcéré, on rencontre des *ganglions purement inflammatoires*. Fait déconcertant, ces ganglions non cancéreux sont parfois dans un tissu périganglionnaire infiltré de cancer. Pratiquement ces constatations histologiques doivent nous inciter aux larges exérèses et dissections axillaires.

Cerclage transcervico-trochantérien des fractures du col du fémur. — M. ***Dupuy de Frenelle*** expose que la meilleure façon d'obtenir un résultat anatomique et fonctionnel parfait pour une fracture du col du fémur, c'est d'opérer à ciel ouvert, de réduire sous le contrôle direct de la vue et de fixer les fragments en place. Cette technique est la plus sûre chez les sujets résistants.

Pour fixer ces fragments, Dupuy se sert d'un volumineux fil de cuivre souple qui traverse le fragment cervical d'avant en arrière, puis le fragment trochantérien d'arrière en avant.

Lorsqu'il y a lieu, Dupuy complète ce cerclage transosseux très solide par une vis d'os. Cette vis traverse le fragment trochantérien et la paroi postérieure du fragment cervical interne. Cette paroi postérieure, véritable mur de tissu compact, offre un plan beaucoup plus résistant à la vis que le centre spongieux de la tête fémorale.

Dupuy rapporte un cas de fracture du col fémoral en trois fragments avec ascension du corps, vicieusement consolidée qui, traitée par ce procédé, a donné un résultat anatomique et fonctionnel excellent.

REVUE DE LA PRESSE

Les métissages et les infections secondaires dans le lupus vulgaire.

En présence d'un lupus vulgaire profondément infiltré, donnant au toucher et surtout au scarificateur une sensation de dureté et de résistance, rebelle au traitement local, il faut, dit M. L. Brocq (*Journ. de méd. et de chirur. pratiques*, 10 février 1924) songer à la possibilité d'une hybride de syphilis et de lupus, et instituer un traitement antisyphilitique par des injections de calomel, ou d'arsénobenzol, ou de novarsénobenzol, ou de bismuth.

L'érysipèle qui survient chez un malade atteint de lupus vulgaire n'exerce pas toujours une action bienfaisante sur l'évolution de ce lupus.

Les staphylocoques et les streptocoques peuvent infecter les surfaces lupiques et exercer sur la marche de cette affection une influence néfaste : à ce point de vue on peut distinguer trois formes objectives de complications :

a) Forme impétigineuse. — Elle est caractérisée par des pustules plus ou moins nombreuses et étendues, par des croûtes jaunâtres et noirâtres qui couvrent le lupus, par une extension relativement rapide des lésions. Cette forme réclame des pansements locaux minutieux analogues à ceux que l'on emploie contre les pyodermites, et, dans les cas rebelles, des injections de vaccins polyvalents antistaphylococciques et antistreptococciques.

b) Forme bourgeonnante. — Elle est caractérisée par la production à la surface du mal de sortes de bourgeons charnus, serrés les uns à côté des autres, sécrétant une sérosité louche qui se concrète en croûtes : l'aspect de la lésion est framboesiforme. Cette forme semble être rapidement modifiée par des injections intra-veineuses de novarsénobenzol, localement par des scarifications linéaires quadrillées et des pansements au permanganate de potasse.

© BIU Santé

c) Forme à phagédénisme géométrique. — Elle est caractérisée par un bord infiltré, rouge vif, baigné de pus, nettement arrêté suivant une forme géométrique, taillé à pic en dedans, et par une extension rapide, essentiellement vorax. Cette forme réclame le traitement du phagédénisme par l'air chaud, les applications de bleu de méthylène, les pansements à l'iodoforme, etc. Il a semblé à l'A. que l'association à cette médication des injections d'électrargol ou d'arsénobenzol, et, dès que c'est possible, des scarifications linéaires quadrillées, était favorable.

Traitement des épidermycoses.

Les épidermycoses à levures, dont M. BURNIER défend l'individualité (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 février 1924) sont loin d'être une rareté.

L'épreuve du traitement plaide en faveur de cette individualité. Elles sont en effet rebelles aux traitements habituels des eczémas, des épidermites de cause interne. Elles réagissent au *contraire* rapidement aux médicaments antiparasitaires habituels : l'iode, le chrysophanique.

On peut employer dans les lésions suintantes des badigeonnages au nitrate d'argent au 1/20, à l'alcool iodé (5 à 15 gr. de teinture d'iode pour 50 gr. d'alcool à 95°), à la glycérine créosotée au 1/20.

Comme pommade, on peut employer une pommade au goudron, à l'acide chrysophanique au 1/100, ou la pommade de Whitfield très connue en Amérique (axonge : 30 gr., acide benzoïque : 1 gr., acide salicylique : 2 gr.). L'amélioration est habituellement rapide.

Dans les cas de lésions suintantes interdigitales des pieds ou des mains datant de plusieurs semaines, M. BURNIER a obtenu avec des attouchements à la traumaticine chrysophanique au 1/10 une disparition des lésions en quelques jours.

Traitement des adénites tuberculeuses.

M. E. SOREL résume ainsi (*Bulletin médical*, 13-16 février 1924) sa façon d'agir en face de ganglions du cou : l'intervention est formellement indiquée dans deux cas seulement : 1° ganglion unique ou quelques ganglions durs, non suppurés, n'ayant pas envahi la peau : les résultats sont excellents, c'est une opération *de choix* ; 2° ganglions nombreux suppurés, fistulisés, infectés secondairement : les résultats sont bons si on les compare aux résultats obtenus par d'autres procédés, mais c'est une operation *de nécessité*.

En principe, un ganglion unique suppuré, fistulisé, doit être seulement ponctionné : dans le cas cependant où une cicatrice visible pourrait être considérée comme peu importante, on gagnera du temps en enlevant ce ganglion.

Il en est de même quand, au lieu d'un ganglion, il y en a quelques-uns.

Si, enfin, il existe une adénopathie en masse, un bloc ganglionnaire avec périadénite intense, la radiothérapie donne d'excellents résultats.

Gynécologie et accidents du travail.

D'une façon générale, dit M. M. AUVRAY (*Gaz. des hôpitaux*, 12-14 février 1924), en gynécologie la relation absolue de cause à effet entre le traumatisme et les désordres constatés est bien exceptionnelle ; par contre, il faut savoir que la prédisposition dans le prolapsus, l'état local antérieur, l'état général (état émotionnel, psycho-névrose, hystérie) jouent un grand rôle.

La marche à suivre pour les expertises, concernant les traumatismes gynécologiques est la même que pour les autres accidents du travail ; l'interprétation des faits est seulement plus délicate de ce fait que la relation directe entre l'accident et la lésion génitale apparaît beaucoup moins évidente que pour la plupart des autres accidents du travail.

L'explosion spontanée des ampoules de nitrite d'amyle.

M. FARGIN-FAYOLLE (*La Revue de Stomatologie*, janvier 1924), rapporte une histoire d'explosion spontanée d'une ampoule de nitrite d'amyle, explosion qui se produisit avec une telle force que de petits fragments de verre avaient déchiré l'enveloppe en toile.

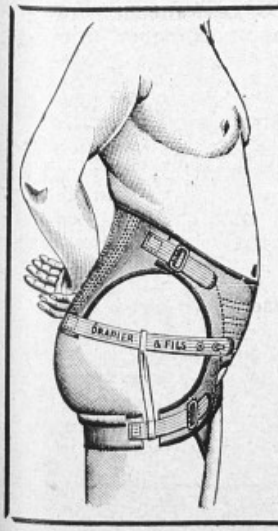
On avait déjà signalé une explosion analogue, au moment où une malade donnait un coup de lime sur l'extrémité d'une ampoule de nitrite d'amyle pour ouvrir celle-ci. Une blessure grave d'un des yeux entraîna la perte ou une diminution importante de la vision, et le médecin qui avait prescrit les inhalations fut poursuivi.

M. FARGIN-FAYOLLE conseille d'utiliser le nitrite d'amyle en flacon compte-gouttes ou, si l'on préfère les ampoules scellées, de prescrire l'enveloppement de chaque ampoule dans l'ouate hydrophile par-dessus laquelle une enveloppe de forte toile sera cousue.

L'ouate hydrophile arrêterait toute projection de débris en cas d'explosion.

Anesthésie par l'éthylène.

MM. E. PAPIN et L. AMBARD (*Presse médicale*, 13 février 1924) ont eu recours à l'éthylène pour l'anesthésie de 58 malades. Comme le protoxyde, l'éthylène paraît d'une innocuité absolue, du moins dans les conditions où on peut en user, c'est-à-dire à une pression inférieure à la pression atmosphérique. Mais il offre sur le protoxyde le grand avantage d'être plus puissamment anesthésique. Un mélange de 90 p. 100 d'éthylène et de 10 d'oxygène endort profondément la plupart



LA SANGLE OBLIQUE

AVEC SES PELOTES PNEUMATIQUES

est une conception

ABSOLUMENT NOUVELLE

du relèvement des ptoses abdominales



DRAPIER

BANDAGISTE - ORTHOPÉDISTE

41, rue de Rivoli et 7, Boulevard de Sébastopol, PARIS (1er)

TÉLÉPHONE : Guttenberg 96-45

NOTICE SUR DEMANDE

© BIU Santé

des individus, tandis qu'un mélange de 90 pour 100 de protoxyde et de 10 d'oxygène n'endort personne. Pour cette raison, on peut avec l'éthylène réaliser le sommeil sans recourir à l'asphyxie, et le sommeil de l'éthylène est plus profond que celui du protoxyde. De telle sorte que l'éthylène apparaît intéressant pour les interventions les plus brèves comme pour les plus importantes.

Vitamines A et huile de foie de morue.

Originellement, un remède domestique très apprécié contre nombre de maladies parmi la population des pêcheurs norvégiens, l'huile de foie de morue, est entrée depuis cent ans dans la pharmacopée. A sa valeur empirique on en a ajouté une autre plus scientifique, basée sur sa richesse en vitamines **A**.

L'huile de foie de morue est donc, dit M. E. POULSON (*Presse médicale*, 16 février 1924) une bonne matière alimentaire et a en outre les effets spécifiques de la vitamine. Elle reste indiquée tout spécialement, pendant l'enfance, dans les cas de croissance arrêtée ou retardée, de scrofule, d'anémie. Précieux remède contre le rachitisme, elle semble même en être un préventif.

Chez l'adulte, elle rend moins de services. Dans la tuberculose elle ne semble avoir de valeur que comme graisse alimentaire et non comme poison spécifique du bacille, comme on l'a prétendu. M. POULSON n'a guère obtenu de résultats satisfaisants avec les émulsions : il croit l'huile pure préférable ; en tout cas ces émulsions devront être employées à des doses deux ou trois fois plus grandes que celles de l'huile pure.

Thérapeutique spécifique des infections staphylococciques.

M. MAUTÉ (*Presse médicale*, 16 février 1924) estime que souvent les vaccins, surtout quand ils sont employés comme agents curatifs, sensibilisent au lieu de vacciner. Aussi a-t-il modifié sa pratique du traitement spécifique des staphylococcies. Contre les lésions en évolution, il utilise, en injections intra-veineuses, des produits solubles du microbe dont l'action antigénique est presque nulle. Il réserve les auto-vaccins uniquement pour empêcher le retour de nouvelles manifestations staphylococciques, en ayant soin de ne commencer les injections que plusieurs jours après la disparition des lésions aiguës en évolution.

BIBLIOGRAPHIE

Diseases of the Skin, par RICHARD L. SUTTON, professeur à l'école de médecine de l'Université du Kansas (C. V. Mosby Company, St-Louis 1923, 1069 illustrations,)

L'ouvrage débute par l'exposé de l'anatomie et de la physiologie de la peau, et par l'étude générale de l'étiologie, de la symptomatologie et des principes fondamentaux du diagnostic en dermatologie suivie des indications générales des traitements externes et internes. La classification adoptée par l'auteur est la suivante et ne nous est pas coutumière : Hyperémies, et inflammations. Dans ce vaste groupe l'auteur range des dermatoses fort disparates certains érythèmes, l'urticaire, les dermatites exfoliatrices, la pellagre, le prurigo, les séborrhées, les eczémas, le zona, les gangrènes symétriques, les gangrènes diabétiques des radiodermites, la variole, l'alastrim, etc.

Le groupe des dermatoses hémorrhagiques comprend tous les purpuras et le poikiloderma atrophicans vasculare.

Dans la classe des hypertrophies, figurent ensemble l'ichtyose, l'acanthosis nigricans, les kératoses pilaires, les verrues, les angiodermatoses, les sclérodermies, l'acromégalie.

L'aïnhum, par contre, est décrite dans le groupe des atrophies avec le mal perforant (perforating ulcer) et la syringomyélie.

(*Voir suite p.* **172.**)

ESTOMAC
DYSPEPSIES — GASTRALGIES
HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS GASTRIQUES
MAGNÉSIE BISMURÉE
(Marque Déposée)
RÉGULATEUR NORMAL DES FONCTIONS DIGESTIVES
Echantillons gratuits à Messieurs les Médecins
Préparée par :
A. W. B. SCOTT, Pharmacien-Droguiste
R. C. Seine : 113.911. *38, rue du Mont-Thabor, PARIS*

CABINET
SIMON & CHOSSAT
Cession de CLIENTÈLES MÉDICALES
REMPLACEMENTS
83 Bd St Michel, Paris - Tél: Gob. 63-50
R.C. Seine : 208.041



BIBLIOTHÈQUE M. D.
Extensible en hauteur et en largeur
Meuble moderne et pratique, composé de casiers vitrés qui se placent au-dessus et à côté les uns des autres permettant de commencer votre bibliothèque même avec un seul casier et de l'agrandir ensuite au fur et à mesure de vos acquisitions de livres
Les dessins ci-contre montrent l'augmentation progressive par l'adjonction de nouveaux casiers
Demandez le catalogue N° 11
23, rue Albert Paris (13e)



Se monte et se démonte facilement

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie anténatale et hérédité morbide.

Par **Henri VIGNES** (1).

C'est un fait bien connu que la plupart de nos maladies et de nos anomalies corporelles et mentales nous ont été transmises par nos parents avant la naissance.

Il ne manque point d'observations cliniques pour illustrer cette proposition et, *a titre d exe ple*, nous pouvons citer les cas très nombreux où la goutte est transmise de façon héréditaire.

Garrod, le grand médecin anglais qui, au milieu du siècle dernier, a donné un excellent Traité de la goutte, rapporte à ce sujet une histoire typique. Un gentleman qui vint un jour le consulter pour cette affection lui raconta que, dans son aristocratique famille, depuis quatre siècles, il n'y avait pas d'exemple que l'aîné n'ait déjà été goutteux au moment où il prenait possession de l'héritage de ses ancêtres : l'hérédité morbide précédait l'hérédité des titres et trésors.

Un autre exemple se peut tirer des méfaits exercés sur les enfants par l'alcoolisme des parents : père alcoolique, fils épileptique ; l'alcool lèse « quelque chose » dans l'organisme du père et ce « quelque chose » ainsi lésé va créer la lésion nerveuse du fils, et parfois du petit-fils.

Ce second cas est un peu différent du premier : il y a là une intoxication qui, entre autres tissus, imprégne les cellules génitales. Au contraire dans l'exemple de la goutte, il y a plutôt une « malfaçon » de ces cellules génitales dès leur « naissance cellulaire », malfaçon qui conditionne la transmission du tempérament goutteux et qui est un phénomène d'hérédité.

Définition de l'hérédité.

L'hérédité est le fait que les ascendants transmettent à leurs descendants, en même temps que les formes et les fonctions propres à leur espèce, un certain nombre de particularités corporelles ou mentales, la transmission des particularités pathologiques constituant plus spécialement l'*hérédité morbide*.

Cette définition de l'hérédité morbide, que nous venons d'adopter, traduit une constatation faite bien souvent par toute personne qui observe autour de soi et elle n'est qu'une constatation : en disant « l'hérédité est un fait », nous enregistrons une donnée empirique et nous n'ébauchons aucun commencement de théorie, à la différence de ceux qui ont dit « l'hérédité est une force par laquelle les ascendants transmettent à leurs descendants un certain nombre de leurs caractères ». Nous verrons, au cours de ces leçons, s'il nous est possible de déceler ou de soupçonner les mécanismes par lesquels se réalise la transmission héréditaire.

Les maladies que nous qualifions volontiers d'héréditaires ne sont souvent que des maladies congénitales, acquises par le nouvel être entre le moment de la conception et le moment de la naissance.

Il importe, dans l'étude des tares imposées à l'individu avant sa naissance, de faire usage de termes très exacts.

C'est un reproche qu'on adresse aux médecins d'employer souvent le mot héréditaire de façon impropre : l'hérédité n'est autre chose que la transmission de caractères « imprimés » dans l'ovule et dans le spermatozoïde : une maladie héréditaire doit donc être déjà possédée par les père et mère et être transmise par les cellules sexuelles ou *gamètes* au produit de leur union ou *zygote*.

Quatre exemples vont nous permettre d'illustrer cette critique préalable.

(1) Leçon professée, grâce à l'hospitalité de l'Ecole d'Anthropologie, le 9 janvier 1924.

1° *Contagion anténatale*. Une femme, au cours de sa gestation, est atteinte de variole. Son enfant naît varioleux et la maladie, transmise par la mère, commencée pendant la vie intra-utérine, va continuer pendant la vie extra-utérine. Le mot hérédité dans ce cas est impropre : il y a eu contagion du fœtus par sa mère à travers le placenta et, tout au plus, peut-on employer le terme barbare d'hérédo-contagion. La contagion peut même se faire sans maladie de la mère : on a vu des femmes qui vivant parmi des varioleux, sont envahies par le germe de la variole sans contracter cette affection, qu'elles transmettent pourtant à leur fœtus ; Pierre Puig y Roig a publié dernièrement une belle observation où le fœtus, dans ces conditions, était né avec l'éruption caractéristique.

2° *Intoxication anténatale*. Le produit de la conception peut être lésé par une intoxication survenant après la conjugaison : Féré a ainsi produit des monstres en exposant des embryons de poulets à des vapeurs d'alcool.

3° *Dystrophie congénitale*. Le produit de la conception peut naître chétif et se mal développer, parce que la mère, pendant sa gestation, a été débilitée par une maladie grave, telle qu'un cancer, une tuberculose avancée, une fièvre typhoïde. Il y a là une dystrophie congénitale et non pas une hérédité cancéreuse, tuberculeuse, typhoïdique.

4° *Déformations plastiques*. Enfin certaines parties du fœtus peuvent, dans l'utérus, être contraintes à une attitude anormale ou subir une compression permanente : il en résulte une déformation qui n'est nullement un fait héréditaire.

Tous ces cas de maladies congénitales relèvent, de toute évidence, du royaume de la pathologie anténatale, mais non pas de la province de l'hérédité morbide.

Tare héréditaire et maladie anténatale.

Il est parfois difficile de faire le départ entre l'hérédité morbide et la maladie anténatale, entre ce qui a lésé le germe et ce qui a lésé le produit de la conception.

1° *L'intoxication alcoolique des parents va nous donner un exemple de ces difficultés d'interprétation*. Nous avons vu que le produit de la conception pouvait être lésé par l'alcool, comme dans les expériences de Féré. L'empoisonnement peut se produire pendant toute la vie intra-utérine ; on retrouve l'alcool dans le sang du cordon et il existe dans les viscères fœtaux au même taux que dans les viscères maternels. Il n'est donc pas impossible que certains des accidents (1) observés chez les enfants d'alcooliques, soient dus à une action du poison sur un système nerveux assez avancé dans son évolution pré-natale.

Mais, à côté de ces faits, qui relèvent de la pathologie anténatale, il faut se rappeler que l'alcoolisation, même modérée, de la mère *avant la conception* peut avoir des effets non moins désastreux.

Les expériences de Stockard établissent cette possibilité de la détérioration ovulaire. Sur quatre femelles intoxiquées chroniquement avant l'accouplement, une reste stérile, trois donnent des enfants au nombre total de cinq, dont trois meurent précocement et deux seulement sont normaux.

Il doit donc être difficile chez l'enfant d'une femme alcoolique de distinguer la part qu'il faut faire à l'alcoolisation de l'ovule et la part qu'il faut faire à l'alcoolisation de l'œuf.

Mais le problème se complique si le père est alcoolique : les médecins connaissent bien les effets de l'alcoolisme paternel et ce fait se rapproche de cette donnée chimique, établie par Nicloux, c'est à savoir l'affinité du testicule pour l'alcool. Les

(1) L'alcoolisme des parents a les effets suivants sur les enfants : 1° avortement, peut-être mortinatalité et surtout mortalité infantile élevée ; 2° chétivité (enfant de petite espèce avec petit placenta) retards de croissance ; 3° troubles moteurs : épilepsie (la moitié ou le quart des enfants d'alcooliques, disent certains), convulsions infantiles ; 4° troubles psychiques : terreurs nocturnes, cauchemars qui ont les caractères propres aux cauchemars d'alcooliques, instabilité, impossibilité de fixer l'attention, hérédité du goût de boire, folie surtout mélancolique, mauvais instincts ; 5° malformation crâniennes et oculaires.

Il est juste de noter que pour certains auteurs, une partie de ces troubles ne sont pas causés par l'alcoolisme, mais que le système nerveux est anormal chez l'ascendant et chez le descendant et que cette anomalie se traduit chez l'un par l'ivrognerie, chez le second par les troubles en question.

© BIU Santé

expériences de Stockard vont nous permettre de souligner le rôle de l'intoxication subie par le germe masculin.

	Alcoolisation chronique de l'homme	de la femme	du couple
Nombre de sujets	24	4	14
Stériles	14	1	10
Non stériles	10	3	4
Naissances	20	5	7
Morts-nés	8	0	6
n. s. vivants : Morts précoces	7	3	1
n. s. vivants : Chétifs	5	0	0
n. s. vivants : Normaux	0	2	0

Des problèmes analogues se posent en ce qui concerne l'intoxication saturnine ou l'intoxication cocaïnique.

2° *La transmission congénitale de la syphilis comporte des inconnues dont l'interprétation n'est pas moins délicate.*

On sait qu'une femme atteinte d'une syphilis tant soit peu en activité, risque très fort de transmettre cette infection à son fœtus.

Cette transmission donne des accidents semblables à ceux de la mère et d'autres ayant un caractère spécial, lié à ce que le tréponème a exercé son action nocive sur des organes en voie de développement. C'est ainsi qu'on peut observer des tares, des dystrophies qui sont un peu différentes. Pour certains auteurs, ces tares sont liées non pas au tréponème, mais aux troubles humoraux causés par ce tréponème ; pour d'autres, au contraire, et j'emprunte cette formule à une leçon de mon maître M. Milian, « la plupart des signes considérés comme dystrophiques sont des signes de syphilis virulente, mais très atténuée. »

Ce que les médecins appellent hérédo-syphilis n'est donc pas en principe un fait héréditaire, mais un fait de pathologie intra-utérine. Cependant, à l'extrême rigueur, il faut reconnaître que nous ne savons pas de source certaine si l'ovule qui sera fécondé n'est pas porteur d'un tréponème, mais ceci est peu probable, très peu probable.

Le problème devient un peu plus difficile si nous envisageons le cas d'un homme syphilitique procréant un enfant syphilitique, alors que la mère semble saine. On a longtemps considéré que l'infection pouvait être amenée au nouvel être par le seul spermatozoïde : le mot de maladie héréditaire était donc légitime. Mais on a fait remarquer que :

1° Le tréponème était plus gros que le spermatozoïde ;

2° Que souvent les femmes considérées comme saines avaient plus tard et même parfois beaucoup plus tard, des accidents syphilitiques ;

3° Que ces femmes avaient une réaction de Wassermann positive, aussi souvent que les autres femmes manifestement syphilisées qui donnaient naissance à d'autres enfants syphilitiques.

On en a conclu que l'infection de l'enfant était donc, là encore, le fait d'une contagion intra-utérine, la contamination de la mère passant inaperçue et l'infection restant latente chez elle.

Pourtant le problème n'est pas complètement résolu et on n'a pas le droit de nier l'existence d'un facteur tenant aux gamètes et cela pour diverses raisons,

a) Une syphilis uniquement maternelle est plus nocive qu'une syphilis apportée dans le ménage par le père.

b) Une syphilis maternelle s'additionnant avec une syphilis paternelle augmente les mauvais risques de l'enfant.

Diday a rapporté l'histoire d'une femme syphilitique qui se maria avec un homme sain et eut plusieurs enfants sains. Puis elle eut des rapports avec l'amant qui l'avait syphilisée avant son mariage et donna le jour à un enfant syphilitique.

c) Il y a des cas nombreux (mais non constants, d'ailleurs) où, après naissance d'enfants syphilitiques, le traitement administré au père, et à lui seul, a permis d'avoir des enfants normaux.

Fournier en a rapporté un bel exemple.

« J'étais tout jeune docteur, dit Fournier, lorsqu'un jour je rencontrai par hasard un ancien camarade de collège que j'avais perdu de vue depuis quelques années. Nous causons, et ledit camarade me conte ses chagrins. « Tu me vois désolé, me dit-il, ma femme vient de faire une quatrième fausse couche ces jours-ci ; et, ce qu'il y a de pis, c'est que toutes ces fausses couches se sont produites sans la moindre cause, sans chute, sans imprudence, sans que nous en sachions le pourquoi. Aussi prévois-je que ma femme, bien que jeune et de bonne santé, est de celles qui ne peuvent mener une grossesse à terme ; car moi, tu vois comme je suis bâti et si je suis de taille à faire des enfants, etc. »

Un souvenir alors me traversa l'esprit, et je réplique : « Mais peut-être bien ta femme n'est-elle pas responsable, comme tu le crois, de toutes ces fausses couches : peut-être bien est-ce toi le vrai coupable. Car, je t'ai connu au Quartier Latin, dans le bon vieux temps, avec une bonne vérole que tu me paraissais ne pas soigner d'une façon exemplaire. A ta place je me traiterais ; je reprendrais du mercure. »

Bien que donné à l'aventure, en pleine rue, le conseil fut suivi, et même à mon insu. Mon ami courut chez son ancien pharmacien où il fit une formidable provision de pilules de Ricord dont il se gorgea pendant toute une année. Or, 15 mois plus tard, sa femme accouchait d'un enfant vivant, lequel aujourd'hui est un brillant militaire ; et, au cours des quatre années suivantes, elle a eu trois autres grossesses qui n'ont pas été moins heureuses. »

d) Dans le même ordre d'idées, il est indéniable que si le père et la mère d'enfants syphilitiques ont été traités avant la procréation de nouveaux enfants et si la mère est traitée pendant la gestation, si en un mot, comme l'a préconisé M. Couvelaire, on réalise l'intégralité du traitement familial, on obtient de meilleurs résultats qu'en traitant la mère seulement.

Tous ces points de discussion, ceux tenant à l'alcoolisme et ceux tenant à la syphilis, ne nous semblent d'ailleurs obscurs que jusqu'à plus ample informé. Mais ils comportent cet enseignement que, dans l'état actuel des connaissances médicales, il est souvent presque impossible de faire la part de la pathologie anténatale et de la pathologie des germes.

Autre difficulté, **certaines maladies et malformations peuvent relever aussi bien d'une cause héréditaire que d'une cause récente ayant agi au début du développement intra-utérin**. C'est ainsi que le bec-de-lièvre s'observe chez certains enfants de syphilitiques ou d'alcooliques, mais que, dans d'autres cas, il semble le fait d'une tendance héréditaire : Butcher, Hutchinson, d'autres auteurs encore en ont publié de beaux cas.

Ces causes multiples d'une même malformation doivent d'ailleurs être soigneusement confrontées, car elles peuvent éventuellement nous renseigner sur le déterminisme de certaines monstruosités.

Enfin, il importe de se rappeler que **la pathologie anténatale est susceptible de modifier les caractères héréditaires**, en plus ou en moins : c'est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue et qui est parfois d'une appréciation difficile.

De tout ceci, résulte que dans les conditions où se pose habituellement le problème d'une tare congénitale, hérédité et pathologie anténatale forment un bloc difficile à dissocier.

Pathologie anténatale et influence ultérieure du milieu.

L'étude de l'hérédité morbide est encore rendue plus difficile par le fait des modifications successives que fait subir à tout individu, le milieu dans lequel il vit après sa naissance. Le milieu imprime à l'individu certains caractères et certaines tendances, il peut modifier dans un sens ou dans l'autre un caractère ou une tendance héréditaires, mais il reste souvent bien difficile de préciser le rôle respectif qu'ont ces deux groupes de force.

Dans le cadre de l'hérédité pathologique, il est possible cependant de faire quelquefois des discriminations fructueuses au point de vue doctrinal et au point de vue pratique.

Le problème longtemps débattu de l'hérédité tuberculeuse va nous en fournir un exemple.

© BIU Santé

Le premier fait établi, fait brutal, a été ainsi exprimé par le grand LAENNEC : « Une expérience trop habituelle prouve à tous les praticiens que les enfants des phtisiques sont plus fréquemment attaqués de cette maladie que les autres sujets. » Pendant des siècles ce fait indéniable a été interprété comme la marque d'une hérédité morbide. Puis les recherches de VILLEMIN, la découverte du bacille tuberculeux ont peu à peu amené à penser qu'il s'agissait non pas d'une transmission héréditaire, mais d'une contagion.

Un certain nombre de chercheurs se sont alors appliqués à rechercher s'il ne s'agissait pas d'une hérédo-contagion.

Il semble bien démontré qu'il n'y a pas hérédo-contagion ou du moins que l'hérédo-contagion soit l'exception rarissime. On a ainsi été conduit à l'idée que la tuberculose était acquise après la naissance, par le fait du milieu. Ce point est maintenant établi et deux exemples vont nous permettre de l'illustrer. Le premier cas, d'ordre statistique, c'est la rareté et la quasi-absence de tuberculose chez les enfants des tuberculeux élevés strictement à l'écart de leurs parents et, naturellement, de toute personne contagieuse. Le second exemple, c'est la belle observation publiée par un médecin de Nancy, des deux jumeaux d'une femme tuberculeuse : celui qui fut élevé au sein par sa mère ne tarda pas à mourir de tuberculose, alors que celui qui fut élevé au biberon à distance de sa mère, survécut et se développa parfaitement.

On le voit, l'hérédité de la tuberculose et l'hérédo-contagion ont, dans le cas présent, cédé la place à l'étude des circonstances propres au milieu.

La part relative de l'hérédité et du milieu peut devenir fort difficile à délimiter dans certains cas d'ordre moral, par exemple dans la genèse des impulsions criminelles, malgré le grand nombre des documents accumulés par les aliénistes et par les criminalistes.

On a parlé jadis de criminels-nés. On connaît quelques exemples de transmissions héréditaires de *certaines* tendances criminelles ou vicieuses très précises qui constituent un fait d'hérédité. On sait aussi que les enfants de certaines souches, en particulier des souches alcooliques, ont reçu tantôt un legs de débilité morale et mentale, tantôt le legs d'un caractère violent et « explosif ».

Mais, comme le dit excellemment M. Paul RAYMOND, « faut-il réellement, dans des cas semblables, faire intervenir la fatalité de l'hérédité, et ne doit-on pas attribuer une part, au moins aussi considérable, de responsabilité à l'éducation » et plus généralement au milieu.

En effet dans les antécédents familiaux des criminels, on trouve souvent une éducation insuffisante ; par faiblesse ou par impossibilité, les parents n'ont pas fait ce qu'il convenait et c'est ici l'occasion de rappeler les versets, lourds de vérité, qu'a écrits M. Paul CLAUDEL :

« Il n'est point vrai de croire que l'homme soit bon de nature.

« Quand il est encore tout petit ; les femmes et les nourrices savent cela. »

Il y a souvent éducation vicieuse, en plus de l'éducation insuffisante ; c'est ainsi que le mauvais exemple est fréquent et aussi que parfois, les parents exaltent volontairement certains sentiments antisociaux : dans un crime politique récent, la meurtrière évoquait le souvenir de son père qui, dans sa tendre enfance, la menait aux réunions politiques violentes « comme on va à l'église. »

***

L'étude de la pathologie anténatale et de l'hérédité morbide exige de bonnes et valables observations. Un trop grand nombre des cas qui ont été publiés et qu'on retrouve dans les livres écrits sur ce sujet sont des historiettes sans valeur.

Ces observations seront complètes et ne négligeront aucun élément d'information. Nous négligeons quotidiennement l'étude de faits dont l'intérêt serait passionnant.

Par exemple, dans la plupart de nos maternités, on néglige l'étude des causes de la mortinatalité (1). Il serait infiniment utile de rechercher les causes exactes de toutes les morts *in utero*. Les unes sont liées à la pathologie anténatale, les autres sont liées à des propriétés germinales, à des facteurs héréditaires. C'est à juste titre que ROUTH, dès 1914, demandait que chaque mort-né et chaque œuf abortif soit examiné dans des laboratoires créés par les municipalités.

En présence d'une tare antérieure à la naissance, il nous faudra donc toujours essayer de préciser :

d'une part, la réalité d'un legs anténatal ;

d'autre part, les circonstances qui ont présidé à la transmission.

Ces circonstances peuvent nous être révélées par un examen complet des ascensdants et du descendant, et aussi par la détermination du moment où s'est produite la tare au cours du développement : un organe anormalement développé implique, en principe, une cause ayant agi à peu près au moment où dans les conditions normales, cet organe se serait développé. Si l'on constate d'autre part des lésions, qui, selon toute vraisemblance, ont dû se produire à la même époque, ce diagnostic chronologique rétrospectif a les plus grandes chances d'être exact. Cette notion capitale, dont l'importance a été soulignée à diverses reprises par BALLANTYNE, sera notre guide au cours des leçons suivantes et nous étudierons donc tour à tour :

la pathologie des gamètes, et en particulier l'hérédité morbide ;

la pathologie de la fécondation ;

la pathologie du produit de la conception au stade, blastodermique, embryonnaire et fœtal.

***

Mais l'observation ne peut résoudre tous les problèmes : il faut donc essayer par une expérimentation rigoureuse de mettre en lumière le déterminisme des caractères que transmet l'hérédité, ou que réalise la pathologie anténatale.

(1) Ou, ce qui revient à peu près au même, on conclut qu'il s'agit d'un effet de la syphilis.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les abcès de la prostate

D'après une leçon de M. le professeur LEGUEU.

Nous allons parler aujourd'hui des *abcès de la prostate* ; nous allons voir comment ces abcès se forment, comment on peut les reconnaître, et comment on doit les traiter.

Comment se forment les abcès de la prostate ?

Rappelez-vous comment est disposée la loge prostatique. Le périnée est divisé en deux étages par l'aponévrose périnéale moyenne, membrane fibreuse résistante, perforée en son milieu pour le passage de l'urètre. Je vous ai déjà dit que l'on pouvait observer, dans la loge inférieure du périnée, des péri-urétrites phlegmoneuses et diffuses, les premières appelées « abcès urineux », et les secondes « infiltrations d'urine ». Et bien, dans l'étage supérieur du périnée, il existe des faits analogues.

La loge prostatique se trouve limitée, en avant, par la symphyse, et au-dessous, par le plan de l'aponévrose périnéale moyenne ; à droite et à gauche, par les aponévroses latérales de la prostate, en arrière, par l'aponévrose prostato-périnéale de Denonvilliers.

C'est dans cette loge, terminée en pointe à sa partie inférieure, ouverte en haut, que se forment les abcès dont je vais parler aujourd'hui.

Il y a aussi, dans cette loge supérieure, des *péri-urétrites phlegmoneuses diffuses* : je les ai décrites, et j'ai pu ainsi combler une lacune de la pathologie, en montrant qu'il pouvait y avoir des infiltrations d'urine de la loge prostatique. Mais ce sont là des faits rares, exceptionnels. Je ne parlerai que des *abcès prostatiques*, qui sont des affections communes, plus fréquentes, et à la fois moins virulentes que celles de l'étage inférieur.

C'est qu'en effet les abcès périnéaux se développent autour des rétrécissements urétraux, autour d'urètres dans lesquels il y a eu stagnation de l'urine. Là, au contraire, dans la loge prostatique, c'est quelque chose de plus simple, de moins pathologique : sur 40 ou 50 opérations que nous avons faites, les examens bactériologiques consécutifs nous ont montré, en général, qu'il y avait purement et sim-

© BIU Santé

plement du staphylocoque. C'est donc une manifestation de la staphylococcie à la prostate, comme le furoncle l'est à la peau, comme certains phlegmons périnéphrétiques le sont à la loge périnéale. C'est donc une affection jouissant de la bénignité qui s'attache généralement aux infections d'origine purement staphylococcique.

En somme, ces péri-urétrites de la loge prostatique sont moins virulentes que celles qui se développent en avant, autour du rétrécissement de l'urètre périnéal.

Comment et pourquoi se produisent-elles ? De trois manières ou sous trois influences : par *infection urétrale, vésicale* ou *générale*.

Elles se font par infection urétrale : c'est la *blennorragie*, ou le *corps étranger*.

Le plus grand nombre des abcès de la prostate se produisent au cours d'une blennorragie, non pas par infection gonococcique, mais, à l'occasion de la gonococcie, par infection secondaire due au staphylocoque. Puis, on les voit se produire par un corps étranger, par sonde à demeure mise chez un malade pour une raison quelconque. On conçoit assez aisément l'existence de ces suppurations prostatiques d'origine urétrale, et leur cause est facile à établir.

Un certain nombre d'abcès prostatiques dont l'origine est plus difficile à préciser, sont la conséquence d'une infection vésicale. C'est ainsi probablement que certains adénomateux prostatiques, plus ou moins cystotomisés, affectés de troubles vésicaux, sont susceptibles d'infecter leur prostate par l'intermédiaire de leur vessie. Je n'ai pas la démonstration du rôle joué par l'infection intra-vésicale, en pareil cas, mais l'intervention de celle-ci me paraît très vraisemblable.

Mais, en dehors de l'infection urétrale, qui est la cause la plus fréquente de ces suppurations, il y en a une autre qu'il ne faut pas négliger, c'est *l'infection générale*.

Il y a même à cet égard une constatation très intéressante au point de vue de la physiologie pathologique, c'est la tendance, dans la prostate, à la localisation de la staphylococcie généralisée. Je vois des individus atteints de furoncles sous la peau ; ils ne sont pas améliorés par la vaccination, et voilà qu'ils présentent, les uns un phlegmon périnéphrétique, et les autres un abcès de la prostate. Il y a comme une manière d'élimination des staphylocoques au niveau de la prostate.

Incontestablement, il y a un très grand nombre d'abcès de la prostate, d'infections prostatiques, qui se développent chez des sujets vierges de toute infection locale, n'ayant pas de blennorragie, n'ayant pas subi de sondages, et c'est ainsi qu'ils peuvent avoir un abcès de la prostate d'origine générale, après ou au cours d'une grippe, ou d'une staphylococcie généralisée.

Et remarquez ceci. Cette infection à point de départ général, qui va se localiser sur la prostate, peut frapper deux catégories d'individus : les uns sont des sujets jeunes, non prostatiques ; chez ceux-là, l'abcès, une fois ouvert, guérit et tout rentre dans l'ordre.

Mais elle peut frapper aussi un autre sujet, plus âgé, porteur d'un adénome de la prostate, un sujet qui est candidat au prostatisme, et chez lequel l'abcès produit dans la prostate va déterminer immédiatement des manifestations de prostatisme.

Voici une observation de ce genre. Un homme de 65 ans, revenant de la campagne, à la fin des vacances, est pris dans le train d'un certain malaise ; aussitôt arrivé à destination, il constate qu'il ne peut uriner. On le sonde avec une grande difficulté. Il a un adénome et de la rétention. Une prostatectomie est jugée nécessaire ; quelques jours après, on lui pratique une cystostomie, car il est impossible de procéder en un seul temps. Puis, il présente un état fébrile, la température s'élève à 38° ; au bout de quelques semaines, au toucher rectal, on perçoit un abcès de la prostate.

Cet abcès est ouvert, il contient du pus à staphylocoques.

La prostatectomie fut plus tard achevée sans incidents. Ce malade avait contracté une infection générale au cours de son voyage, infection à staphylocoque, par laquelle il est entré dans le *prostatisme*. Il a eu de la rétention dès le premier jour, puis, peu à peu, l'abcès est venu.

Il est donc très important d'établir une distinction entre le cas d'un individu jeune, vierge de toute localisation antérieure à l'abcès de la prostate, et le cas d'un individu d'un certain âge, adénomateux en puissance ou en réalité, qui, tous deux, sont atteints d'un abcès de la prostate. Le premier guérit complètement après l'intervention. Le second, au contraire, à partir de ce moment, va se comporter comme un prostatique, et comme un prostatique infecté. Aussi l'abcès chez le prostatique, imposera une thérapeutique spéciale.

***

Nous avons vu comment, en général, se forment les abcès de la prostate.

Voyons maintenant comment on peut les reconnaître.

Eh bien, la première manifestation qui permet de soupçonner l'existence d'un abcès prostatique, c'est une *rétention* et j'ajoute une rétention *immédiate, complète*, une impossibilité d'uriner. C'est peut-être du spasme, direz-vous ? Non, tous les prétendus spasmes que vous verrez au cours de la blennorragie sont imputables à une prostatite. Ce ne sera pas toujours une prostatite suppurée, mais ce sera cependant un ébranlement inflammatoire de la prostate, qui n'arrive pas nécessairement à la suppuration ; mais il y a toujours, dans ces cas-là, une prostatite, et qui est généralement à la veille d'arriver à la suppuration.

Il y a donc immédiatement de la rétention, et de la rétention avec fièvre. La température, du reste, s'élève modérément, elle atteint seulement 38° le soir, et présente des oscillations régulières ; la staphylococcie est une infection bénigne ; nous sommes loin des graves infections colibacillaires. Ce sont des manifestations très discrètes.

Par conséquent chez tout individu ayant une rétention et de la fièvre, qu'il ait eu celle-ci immédiatement, ou après votre sondage, avant de penser à une infection possible par la sonde, pensez à l'abcès prostatique, faites le toucher rectal, qui vous permettra de le reconnaître. Ceci est très difficile, car la fluctuation fait défaut.

En effet, ce symptôme, capital dans les suppurations, suppose que la collection peut être abordée sur deux points de son étendue. Or, quand il s'agit d'une collection prostatique, vous ne pouvez naturellement la toucher que du côté rectal. Nous nous trouvons dans la même situation que le médecin et le chirurgien d'enfants en présence d'un abcès rétro-pharyngien. Il faut savoir tirer des renseignements sur la nature de la collection à l'aide d'un seul doigt.

La première constatation que l'on peut faire, au toucher rectal, c'est qu'il y a une augmentation de volume de la prostate, qui paraît large, étalée, ce qui est caractéristique chez un individu jeune, qui ne peut pas avoir hypertrophie ou un adénome de la prostate.

En second lieu, le toucher de la prostate est douloureux ; il faut avoir soin de dissocier les sensations douloureuses qui ne portent pas sur la prostate elle-même et qui peuvent provenir des autres parties du rectum, si le toucher n'est pas convenablement pratiqué.

En outre, on perçoit une sensation, non pas de dureté, mais de rénitence de tension et de plénitude ; mais cette sensation, il faut le dire, n'est pas caractéristique de l'abcès, car on la retrouve à l'autre pôle de la vie, chez les individus assez âgés, qui ont un adénome solidement installé et poussé vers le rectum. L'existence de la *fièvre* apporte un élément de différenciation indispensable dans bien des cas.

Les phénomènes locaux sont, en somme, tellement obscurs, qu'il faut faire appel aux phénomènes généraux pour ne pas confondre, chez certains sujets, un abcès avec un adénome de la prostate.

Je ne parle pas des cas dans lesquels la collection s'est

© BIU Santé

ouverte dans l'urètre, parce qu'alors, à partir de ce moment, la prostate perd de sa tension, et on perçoit en un point une sorte de sensation de drap mouillé (comme dans les abcès du sein) ; mais le diagnostic aurait dû être fait auparavant, et vous n'auricz pas dû laisser cet abcès s'ouvrir dans l'urètre.

Maintenant, l'existence de l'abcès ne fait plus de doute. En dehors de cette sensation de drap mouillé, vous constatez qu'en exerçant une pression sur la collection, la suppuration s'échappe par la sonde, ou autour de la sonde. C'est ainsi que vous reconnaîtrez l'existence d'un abcès prostatique, chez les prostatiques en traitement, que l'on prépare à une opération. Ils sont dans un mauvais état général et font des abcès de la prostate sous la sonde à demeure. Celle-ci n'en est pas toujours responsable, mais elle ne les a pas empêchés, et, en tous cas, elle en limite l'évacuation.

Je n'insiste pas sur les propagations que peuvent présenter ces abcès, mais il est évident qu'abandonnés à eux-mêmes, ils sont susceptibles de faire des désordres assez considérables.

En voilà un qui, étant insuffisamment ouvert, a continué à évoluer, et a, somme toute, détruit entièrement l'urètre prostatique. Ces dégâts sont plus ou moins étendus, suivant l'importance de l'abcès. Même, si pendant quelque temps, cet abcès, parce qu'il est à staphylocoques et n'est en somme, qu'un furoncle de la prostate, reste limité dans cette loge angulaire, cependant des infections secondaires peuvent venir du fait des aponévroses qui vont se laisser vaincre, une propagation de l'infection au tissu cellulaire peut se faire, et c'est ainsi qu'apparaît la cellulite pelvienne, complication terrible, qui peut amener la mort.

***

L'abcès de la prostate étant reconnu, quel traitement doit-on lui faire ? Il faut l'ouvrir, mais avant l'incision, on peut user de ce moyen nouveau que nous appliquons aujourd'hui si heureusement partout, la *vaccination*.

Nous avons jusqu'ici employé celle-ci dans 10 cas d'abcès de la prostate. Il semble que la vaccination amène une certaine amélioration, et que le traitement chirurgical est heureusement servi par la juxtaposition d'une vaccinothérapie qui augmente les forces de résistance de l'organisme.

Il faut donc ouvrir ces abcès, et les ouvrir, je ne dis pas à partir du moment où vous êtes sûrs de la suppuration, mais où vous êtes sûrs que la collection augmente, qu'elle se tend et devient douloureuse ; il vaut mieux intervenir trop tôt, que trop tard ; et vous ferez l'incision même quand l'abcès s'est ouvert dans l'urètre ; en dehors de certains faits exceptionnels, de circonstances spéciales, même dans les cas où l'on a affaire à un abcès ouvert dans l'urètre, donnant lieu à cet écoulement qui indique avec évidence l'existence d'une suppuration prostatique, il faut faire l'ouverture de l'abcès par le périnée.

C'est donc une *périnéotomie*. Elle doit être réglée d'une façon très précise. C'est une périnéotomie transversale. Le temps le plus délicat de l'operation est la section du petit muscle recto-urétral, pour, éviter de léser le rectum ; ce petit muscle est situé à un centimètre en arrière du raphé superficiel, et c'est à lui qu'est due cette convexité que présente le rectum en avant et que l'on sent quand on fait le toucher rectal. L'incision doit être dirigée de haut en bas. Quand on est arrivé sur le petit muscle recto-urétral, que l'on reconnaît facilement quand on en a l'habitude, il est très simple de changer d'orientation, et de se diriger face à la prostate (face postérieure), en sectionnant ce petit muscle. On arrive alors sur un champ de clivage facile. Une fois qu'on est sur la face postérieure de la prostate, c'est à droite et à gauche qu'il faut inciser. L'incision médiane pourrait donner une fistule persistante.

Dans chacune des incisions latérales, on place un drain.

Quand il s'agit d'ouvrir un abcès prostatique chez un ndividu jeune, cet abcès étant d'origine blennorragique, avec infection secondaire staphylococcique, l'opération réussit bien et la guérison est assurée.

Mais j'ai parlé d'une autre catégorie, ce sont ces individus atteints d'hypertrophie prostatique latente et qui, à l'occasion d'une infection staphylococcique, se révèlent à nous. Dans ce cas, plusieurs systèmes peuvent être proposés.

On a proposé d'esssayer de profiter de l'intervention qu'on va faire sur la prostate, pour enlever l'adénome sous-jacent : si nous faisons une périnéotomie, pourquoi ne pas faire aussi une prostatectomie périnéale ? Ce système doit-être rejeté, parce que la protatectomie périnéale est condamnée, et n'est aucunement légitimée dans ces conditions, pas plus qu'ailleurs.

Je regrette également l'ouverture faite par en haut et suivie de l'évacuation du contenu de la loge prostatique, pus et adénome.

Lorsque je me trouve en présence de cas semblables, je m'occupe d'abord uniquement de l'abcès de la prostate. Le traitement consiste donc dans unepérinéotomie correcte, et le drainage. En général, on peut considérer que la périnéotomie constitue un premier temps. Il y a une longue préparation, pendant laquelle le malade doit être désinfecté par des lavages de la vessie ; quand il sera « refroidi » on lui fera la prostatectomie par voie haute comme d'habitude.

Cette méthode n'entraîne aucune suite fâcheuse ; je n'ai jamais vu ni adhérences au rectum, ni fistule rectale, se produire en pareilles circonstances.

Mais il y a un certain nombre d'individus qui sont dans des conditions mauvaises, ne permettant pas de faire, quelques mois après la périnéotomie, une prostatectomie en un temps. Il faut alors faire celle-ci en deux temps.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

FAITS CLINIQUES

L'asthénie chronique post-hyperthymique

Par **R. BENON**
Médecin du quartier des maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Causes diverses de l'asthénie chronique. Hyperthymie, avec ou sans délire, et asthénie chronique. Enchaînement des faits observés. Guérison du délire et asthénie chronique. Maladies et syndromes. Une observation. Conclusions.*

L'asthénie chronique, quelle qu'en soit la cause, représente un syndrome commun : on peut, si l'on préfère, appeler l'asthénie chronique : « la neurasthénie chronique », mais cela crée une confusion, car la neurasthénie de Beard (1869) est certainement un syndrome, sinon une affection, à part.

A. — Les causes de l'asthénie chronique sont multiples ; ce sont : les infections (la fièvre typhoïde, la grippe, la méningite cérébro-spinale, la syphilis, la tuberculose, etc), les intoxications (à noter que l'alcoolisme chronique ne détermine pas les symptômes de l'asthénie nerveuse), les émotions douloureuses (chagrin, anxiété, énervement), les souffrances physiques (spécialement toutes les variétés de coliques), les traumatismes crâniens et périphériques (surtout quand il y a commotion générale avec perte de connaissance), l'insolation (également avec perte de connaissance) le surmenage physique et intellectuel avec ou sans appoint émotionnel (neurasthénie proprement dite), certaines affections or-

© BIU Santé

ganiques du système nerveux, comme la paralysie générale, le tabès, les démences par lésions cérébrales, uniques ou multiples, localisées ou diffuses, les maladies chroniques du rein, du foie, du tube digestif, la maladie d'Addison, etc. Ici nous désirons attirer spécialement l'attention sur quelques particularités de l'asthénie chronique post-émotionnelle, ou mieux post-hyperthymique, et nous en rapporterons une brève observation.

B. — L'asthénie chronique post-hyperthymique succède tantôt à un choc émotionnel (émotion unique, vive et profonde), tantôt à un état passionnel douloureux et prolongé, c'est-à-dire à un état fait d'émotions afflictives multiples, ou d'émotions alternativement afflictives et agréables, etc. Tantôt cet état émotionnel de souffrance simple ou composé, s'accompagne d'idées délirantes, systématisées ou confuses, hallucinatoires ou interprétatives, tantôt le délire reste totalement absent. Quant à l'asthénie, elle est moins le fait des signes extérieurs de l'état douloureux émotionnel du sujet que de la nature et de la valeur des prédispositions spéciales personnelles.

Chez notre malade, qui fut délirant, on voit d'abord se produire des manifestations émotionnelles d'anxiété, dues aux bombardements sous lesquels il se trouvait au front. Puis il subit une vive contrariété et la psychose apparaît. Il a même fait remarquer plus tard : « Si je n'avais pas été dans cet état-là (état d'hyperémotivité après bombardements), je n'aurais peut-être pas mal pris la réflexion de mon lieutenant (laquelle a été le point de départ de la vésanie). » La succession des phénomènes, du point de vue clinique, a donc été la suivante :

a) Un syndrome hyperthymique,

b) Un syndrome hyperthymique avec interprétations,

c) Un syndrome hyperthymique avec hallucinations.

Et, tout de suite, avec ces divers syndromes, des signes nets d'asthénie nerveuse générale. — Il n'a pas gardé le souvenir d'une formation sanitaire où il est resté quelques jours : est-ce à cause de l'asthénie mentale qu'il présentait ? Est-ce parce que cette asthénie mentale s'est compliquée de troubles de la perception et de la reconnaissance, c'est-à-dire de confusion mentale ? Il est difficile de préciser. En tout cas il s'agirait d'asthénie avec confusion mentale épisodique et non pas de confusion mentale compliquée d'asthénie. L'expression classique confusion mentale asthénique est de la plus haute obscurité et nous la délaissons.

On voit bien dans ce cas l'intérêt du facteur émotionnel douloureux ; on voit bien qu'il est le point de départ de l'affection psychosique et dysasthénique. Envisager ainsi les faits, ce n'est pas nier les causes prédisposantes, ni les conséquences physiologiques secondaires d'un syndrome hyperthymique.

C. — Le malade a guéri de sa psychose, il n'a pas guéri de son état névropathique. La puissance des liens qui unissent la neurologie fonctionnelle et la pathologie mentale est ici particulièrement évidente.

Quand on considère l'ensemble et la succession des divers états morbides présentés par notre malade (syndrome hyperthymique, syndrome délirant, syndrome asthénique), quand on sait d'autre part combien aurait pu être différente l'évolution des faits cliniques, on se demande comment l'observateur parviendra à constituer avec ces faits, une maladie, c'est-à-dire une entité morbide quelconque. Il faut tendre à une classification des maladies mentales, — et nous nous y sommes essayé, — mais il faut voir les limites possibles ou probables de cette classification. On a certainement fait progresser quelque peu la science, en appelant hébéphrénie (Kalbaum), l'idiotisme accidentel d'Esquirol ou la démence juvénile de Morel, en appelant délire de persécution (Lasègue) ou délire chronique (Magnan) la monomanie intellectuelle d'Esquirol, mais il reste considérablement éloigné, le but à atteindre, du point de vue médical pur, si même ce but doit jamais être touché. Dira-t-on que chez notre malade la psychose aiguë constatée est une maladie et que l'asthénie chronique actuelle en est une autre ? Ce serait une affirmation ; ce ne serait point une démonstration. Et si l'on ajoutait que l'asthénie chronique, comme nous croyons l'avoir établi, peut faire place à la manie, quel ne serait pas alors le désarroi du classificateur ? L'observation serrée, l'observation prolongée, rendent le pathologiste modeste. Plus l'on regarde les malades de près, longuement, sans hâte, plus la vérité fuit, mais aussi plus elle préoccupe.

Voici l'observation clinique à laquelle nous avons fait allusion. Elle nous a paru claire et propre à la discussion.

***

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Sergent*, 36 *ans*, 1915. *Parti au front le 6 septembre* 1914. *Hyperémotivité en tranchées (février* 1915). *Contrariété, vexations : fin mars. Délire, évacuation ; agitation et asile : 14 avril* 1915. — *Hyperthymie aiguë délirante : interprétations, illusions, hallucinations. — Période courte de méditation ou de cristallisation (status retrospectivus), amnésie. — Asthénie chronique, après guérison du délire* (1922).

Onnierm..., Alphonse, 36 ans, sergent du n[e] régiment d'infanterie territoriale, menuisier et laboureur, est entré au quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes, le 14 avril 1915.

Histoire clinique. — Mobilisé le 6 août 1914, il est parti au front le 6 septembre suivant. Il a séjourné d'abord à l'arrière (ravitaillement, réparations de routes), à Mennecy, à Chambourcy, à St-Germain-en-Laye, puis à Muizon (Marne). En février 1915, son régiment prend son tour de tranchées, à St-Thierry, à Chesnay, dans la Marne. Le 5 avril 1915, il demande à passer la visite médicale, il dit au major qu'il n'est pas dans un état ordinaire, qu'il croit qu'il va devenir fou. Après trois jours d'observation, il est évacué sur Ancenis, le 8 avril 1915, et de là sur l'asile d'aliénés de Nantes, le 14 (à Ancenis il a sauté par une fenêtre pour se sauver).

Etat actuel, 16 avril 1915. — Le malade est délirant, mais réticent sur les faits qui ont marqué le début de l'accès vésanique.

Il déclare : « Oui, on se moquait de moi ; tous les yeux étaient fixés sur moi. On m'accusait de quelque chose... J'étais dans un drôle d'état, je me demandais ce que j'avais. Je ne dormais plus. Je n'étais plus maître de moi... Je voyais bien qu'on parlait de moi : c'étaient des sourires, des chuchotements. J'en ai fait la remarque à table, plusieurs fois, aux camarades. Je me suis plaint au lieutenant ; on s'est disputé, j'ai été grossier avec lui, je le regrette. Mais pourquoi s'était-il mis de leur côté ? Et puis c'était de sa faute si on m'accusait. — Comment cela ? — Je n'ai pas besoin de le dire, cela n'avancerait à rien, maintenant. Ils n'ont rien dit (très réticent)... Je suis toujours troublé. Je ne sais ce que je fais par moments. J'ai mal à la tête, je me sens faible, abattu ». — L'état physique est satisfaisant (pas de refus d'aliments).

On s'entretient avec lui assez longuement sur ses antécédents, puis on revient sur l'accusation qui a été portée contre lui et il explique : « Le lieutenant, un jour (à la fin de mars), m'a trouvé dans un gourbi. J'étais en train de chercher de l'argent dans ma ceinture. J'avais défait mon pantalon. Il a cru que j'étais occupé à me masturber. Je l'ai compris, du moins, car j'ai vu quelques jours après que tout le monde se moquait de moi, qu'on pensait que j'avais des habitudes vicieuses. On lançait

© BIU Santé

des mots, on souriait, on faisait des rapports... Je vois bien que je serai puni (regard fixe et mutisme) ».

Antécédents. – Enfant naturel. Marié à 29 ans : deux enfants, dont un mort à huit jours (?). Intelligence vive (très adroit dans son métier de menuisier) et caractère égal, à ce qu'il semble.

Evolution. — Le sergent O... a guéri en trois mois environ de son délire, mais il est resté un asthénique chronique. Voici les faits :

30 *avril* 1915. — Il déclare : « Je me trouve bien mieux. Je regrette d'être venu à l'asile des aliénés. C'est cette affaire-là qui m'avait bouleversé au point que je ne savais plus ce que je faisais ni ce que j'étais. Je n'étais pas coupable, je ne suis pas vicieux. Si le lieutenant a dit cela, il l'a inventé. Peut-être me suis-je démoralisé tout seul. Je me suis affolé là-dessus. Le lieutenant, quand je lui avais dit que je comptais mon argent, avait répondu : « Vous faites ça ou vous faites autre chose ». L'idée qu'il avait pensé que j'étais en train de me masturber, ne m'est pas venue tout de suite. C'est en réfléchissant que j'ai eu cette idée. Au front, on manquait de femmes et naturellement, on blaguait les uns et les autres... »

7 *septembre.* — Il travaille un peu de son métier de menuisier. Il complète ainsi son histoire psychopathique : « A Chesnay, en février, on avait été bombardé : un lieutenant et un homme avaient été tués. J'avais été, moi, recouvert de terre. Relevé aussitôt, je m'étais mis à courir par la peur, sur plus d'un kilomètre. J'avais été porté manquant. Ça m'avait ennuyé. Depuis je n'étais plus dans mon naturel (hyperémotivité). Si je n'avais pas été dans cet état-là, je n'aurais peut-être pas mal pris la réflexion de mon lieutenant... Je me sens affaibli encore aujourd'hui. Je n'ai pas de souvenir de mon passage à Ancenis... »

Janvier 1916. — Sorti le 10 septembre 1915, après réforme n° 2, il a été maintenu dans cette situation en janvier 1916.

15 *novembre* 1922. — Il a été réformé n° 1 en 1917 : 60 %. Il n'est pas guéri ; il est atteint d'asthénie chronique typique : amyosthénie, anidéation, céphalée, vertiges, etc.

***

Ce cas paraît bien net du point de vue psycho-clinique : pas de surmenage à l'origine, pas de commotion physique, pas d'infection, etc., mais un syndrome hyperthymique compliqué de délire et d'asthénie. La psychose guérit, l'asthénie se prolonge, passe à la chronicité, et enfin paraît incurable.

Les causes de l'asthénie nerveuse générale (amyosthénie, anidéation) sont multiples ; ce sont les infections, certaines intoxications, le surmenage, les émotions affectives, les états passionnels, les douleurs physiques, les commotions cérébrales, l'insolation, les affections organiques périphériques, etc. L'asthénie chronique post-hyperthymique est une des plus communes, que le syndrome hyperthymique s'accompagne de délire, comme dans notre observation, ou qu'il reste à l'état isolé, comme par exemple dans la mélancolie vraie sans délire. Dans ce cas le rôle du facteur émotionnel est primitif et essentiel, bien qu'il suppose d'obscures prédispositions. L'évolution des phénomènes cliniques constatés est toujours difficile à préciser exactement : ces faits constituent, pour nous, non pas une succession de maladies, mais une succession de syndromes psychopathiques.

THÉRAPEUTIQUE

L'éther méthylénique du gaïacol dans le traitement des plaies chroniques

Par le Dr **A. MALLEIN-GÉRIN.**
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Le monde médical a encore présent à l'esprit le succès qu'obint, pendant quelques années, le triiodométhane ou iodoforme. Malheureusement, à la suite d'intoxications, dont certaines furent graves, la vogue dont jouissait l'iodoforme diminua. De nombreux produits furent préconisés pour le remplacer ; leur grand nombre prouve qu'aucun n'y parvint complètement. Les uns, peu toxiques : dermatol, aristol, éthylène peri iodé n'étaient que de faibles antiseptiques ; d'autres, possédaient de sérieuses propriétés bactéricides, mais leur toxicité était presque égale à celle de l'iodoforme. En 1898, M. BRISSONNET, de Tours, présenta au Congrès de la Tuberculose, à Paris, un corps résultant de l'action de l'aldéhyde formique sur la créosote qui, peu toxique, n'était pas doué de l'odeur si désagréable et si tenace de l'iodoforme qu'il prétendait remplacer.

Pour obtenir des composés bien définis, on substitua à la créosote, mélange de gaïacol, de crésols et d'éthers phénoliques, l'un de ses composants ; dont les propriétés étaient à peu de chose près celles de la créosote et qui avait sur elle l'immense avantage d'être un corps chimiquement défini, dont on a réalisé la synthèse : le gaïacol.

L'aldéhyde formique et le gaïacol se combinent en effet sous l'action des agents de condensation en donnant des corps nouveaux appartenant au groupe des « Bakélites » dont les propriétés physiques, la ténacité, l'adhérence, le caractère onctueux varient plus ou moins suivant les conditions où se fait la réaction.

La constitution même de ces corps est loin d'être élucidée, mais ce que l'on peut affirmer, c'est que leurs éléments constituants y sont suffisamment masqués pour qu'aucune de leurs réactions caractéristiques ne puisse y être mise en évidence.

Nous désignerons provisoirement sous le nom « d'éther méthylénique du gaïacol » ou de « gaïacol méthylénique », celui de ces corps que nous avons plus spécialement étudié et auquel le Laboratoire des Produits « Usines du Rhône » a donné le nom de « *Formadermine* ».

La Formadermine renferme 25 % d'aldéhyde formique et 75 % de gaïacol. Elle se présente sous forme d'une poudre jaune claire, amorphe, très ténue, d'odeur faible, rappelant un peu celle du gaïacol.

Le point de fusion n'est pas net. Le produit se ramollit à partir de 118° et la fusion est complète à 140°.

L'eau n'en dissout que très peu et présente alors une réaction neutre. Les alcalis caustiques, dilués, la dissolvent. Les solutions de carbonate et de bicarbonate alcalins ne la dissolvent pas. L'ammoniaque concentré la dissout partiellement.

Elle se dissout facilement dans l'alcool méthylique et surtout dans l'acétone.

Nous avons pu constater sur le cobaye, sur le chien et sur le lapin qu'on peut injecter des quantités considérables de ce corps (0 gr.50 par cobaye) en émulsion huileuse sans aucun accident et sans aucun symptôme morbide. L'urine de ces animaux ne renferme jamais de formol, quelquefois des traces de gaïacol.

Les expériences qui précèdent vont nous permettre d'établir comment agit le gaïacol méthylénique.

Le fait qu'il a été possible de mettre en évidence, dans l'urine, des traces de gaïacol, prouve que dans l'organisme, le produit se décompose en aldéhyde formique et en gaïacol. Mais, comme en témoigne la très faible quantité de gaïacol retrouvée et l'absence d'aldéhyde formique, cette décomposition est lente et partielle.

Quant à l'aldéhyde formique, corps peu stable et qui n'existe

© BIU Santé

qu'en faibles proportions, il n'est pas étonnant qu'on n'ait pu le caractériser.

Nous insistons particulièrement sur ces deux derniers points : lenteur de la décomposition ; les traces de gaïacol n'ont été trouvées dans l'urine qu'après 40 heures ; caractère partiel ; cette décomposition n'a porté que sur une très petite quantité du produit introduit dans l'organisme.

Ce qui se produit dans l'organisme va se produire au niveau des plaies, et nous pouvons dire que, à côté de l'action propre du produit, celui-ci, agissant par lui-même en tant que corps ayant des propriétés physiques et chimiques bien définies, il convient d'ajouter les actions des composants, lesquels sont libérés en petite quantité.

L'étude du pouvoir antiseptique a été faite, *in vitro*, par le professeur agrégé THEVENOT, au laboratoire du professeur ARLOING. L'étude porta sur le colibacille, sur le staphylococcus aureus, le tétragène et le pyocyanique : on prit quatre tubes de bouillon et on les additionna respectivement de : 1/5000, 1/1000, 1/800, 1/500 de Gaïacol méthylénique, en solution sodique. Les quatre microbes poussèrent normalement.

Il résulte de ces expériences que *in vitro* le produit ne jouit pas d'un pouvoir antiseptique élevé. Ceci doit-il nous étonner ? Non, car l'iodoforme lui-même, dont le pouvoir est élevé, se comporte d'une façon à peu près identique (d'après HEYN et ROWSUG, (cités par MANQUAT.)

La poudre d'iodoforme mélangée à une culture pure de staphylocoque doré n'empêchait pas à de nouveaux ensemencements de donner des résultats positifs, même après un mois.

WEISSER put démontrer que la plupart des bactéries pathogènes ne sont qu'affaiblies par l'iodoforme, sauf le spirille du choléra asiatique qui est tué par cette substance et la bactéridie charbonneuse dont la multiplication est retardée sous son influence.

In vivo. — Des faits qui précèdent, il faut se garder de conclure que le produit n'est qu'un faible antiseptique. Nous avons dit, et nous ne reviendrons pas sur la façon dont il agit, le fait qu'il se décompose suffit à autoriser de nouvelles conclusions pour son application sur l'organisme.

Au point de vue clinique, nous avons étudié l'action de la Formadermine sur les plaies les plus diverses et nous sommes arrivés à la conclusion que ce produit n'était réellement indiqué que dans les plaies anciennes, atones, sanieuses, n'ayant aucune tendance à bourgeonner et, partant, à se cicatriser. Dans tous les cas, nous avons procédé de la même façon.

Après lavage à l'éther, la plaie était recouverte de poudre. Nous avons choisi l'éther parce qu'il n'a aucune action nocive sur les bourgeons. Les pansements étaient faits tous les 2 ou 3 jours : dans quelques cas de suppurations intenses, ils étaient renouvelés chaque jour. Nous ne voulons pas rapporter ici les observations des malades que nous avons traités ainsi, nous le ferons dans un travail ultérieur et plus complet ; nous mentionnerons seulement les résultats obtenus.

Nous avons été frappés de la rapidité et de l'intensité d'action du produit. Appliqué sur des plaies grises, pseudo-membraneuses, on obtient en 4 ou 5 jours, une détersion complète de la plaie. Plus de fausses membranes, plus de sanies ; le fond apparaît rosé, puis rapidement rouge, bourgeonnant. Les bourgeons se développent avec une rapidité telle qu'après huit ou dix jours de traitement, ils sont à tel point exubérants et en pleine activité que le traitement doit être suspendu.

Au moindre contact, ils saignotent ; le seul fait d'enlever la couperose amène de petites hémorragies ; c'est là un excellent critérium qui doit faire suspendre l'application du produit.

Dans les fistules à point de départ osseux, nous n'avons pas obtenu de résultats appréciables sur la fistule elle-même, mais nous avons toujours obtenu la cicatrisation des plaies qui entouraient la fistule et qui étaient entretenues par le pus s'écoulant du trajet.

Dans les escarres que nous avons traitées et qui étaient de petites dimensions, le processus de cicatrisation a été différent : pas de bourgeonnement, mais un assèchement rapide de la surface de l'escarre avec épidermisation presque immédiate.

Nous avons traité un cancer du sein ulcéré et propagé. La malade présentait dans toute la région pectoro-axillaire, de nombreux noyaux qui s'ulcéraient rapidement. Après cinq jours de traitement, les plaies qui suintaient abondamment, nécessitant un pansement journalier, sont nettement en voie d'assèchement. Leur surface est rouge, violacée, vitreuse, comme recouverte d'une pellicule de gélatine. Les noyaux cutanés sont rouges, mais ne s'ulcèrent pas. L'odeur est bien moins fétide et la malade peut n'être pansée que tous les deux jours. Chez elle, pas de bourgeonnement, pas d'hémorragie, mais une diminution très notable de la suppuration.

Nous avons traité deux plaies chirurgicales ne suppurant pas et bourgeonnant à peu près normalement. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'accident, avait été amputé des deux jambes. En 4 jours, les bourgeons étaient tellement nombreux et tellement irrités qu'ils saignaient spontanément.

Dans tous les cas, les pansements ne furent jamais douloureux ; les malades, une demi-heure après le pansement, éprouvaient même un certain degré d'anesthésie de leur plaie.

De tout ce qui précède, il résulte que le gaïacol méthylénique est un produit dépourvu de toxicité et qu'il peut être employé largement, sans crainte d'intoxication. Du fait de la combinaison du gaïacol et de l'aldéhyde formique, il n'est pas caustique comme cette dernière et n'est pas irritant comme le gaïacol. Appliqué sur les plaies, il se décompose *partiellement et lentement* en aldéhyde formique et en gaïacol, exerçant un pouvoir antiseptique et absorbant élevé, cliniquement au moins. Les plaies atones et sanieuses en 6 à 8 jours se détergent et bourgeonnent d'une façon si intense que les pansements doivent être espacés d'abord puis rapidement supprimés. Appliqué sur les plaies qui bourgeonnent normalement, il amène des proliférations trop intenses des bourgeons qui saignent facilement ; il est donc contre-indiqué dans cette catégorie de plaies que nous appellerons « plaies aiguës ». Son application est indolore, on obtient même, après le pansement, un certain degré d'anesthésie de la plaie. Le gaïacol méthylénique jouit en outre de propriétés désodorisantes très nettes.

Pour toutes ces raisons, ce produit semble devoir rendre de grands services dans le traitement des plaies anciennes, sur lesquelles beaucoup de corps restent sans effet.

BIBLIOGRAPHIE

BRISSONNET (de Tours). — Congrès de la Tuberculose, Paris 1898, juillet-août.

PETIT. — Thèse de Paris, 1898.

MALLEIN-GÉRIN. — Thèse de Paris 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1924.

Action préventive et curative des chocs protéiques et anaphylactiques dans le tétanos expérimental. — ***MM. F. Arloing et L. Thévenot*** ont recherché si des maladies infectieuses à manifestations nerveuses électives (rage ou tétanos) étaient modifiées dans leur évolution par les diverses variétés de chocs dont l'action sur le système nerveux est si puissante.

De grandes difficultés techniques les ont empêchés pour l'instant d'apporter leurs résultats concernant la rage. Par contre, dans le tétanos expérimental par injection de toxine au cobaye, ils sont parvenus aux intéressants résultats suivants obtenus sur 100 animaux :

1° Avec une toxine tétanique d'activité moyenne (mortalité des témoins 100 %), le choc protéique préserve dans la moitié des cas contre une dose mortelle de toxine (survie 50 %, guérison du tétanos local 0,83 %. Le choc anaphylactique préserve préventivement, parfois complètement (survie 100 %, guérison du tétanos local 16 et 33 %) (sérum et caséine), ou reste sans

© BIU Santé

effets importants (peptone) (survie 62 %, guérison 0.83 %). Le choc anaphylactique (sérum et caséine) a une action curatrice nette contre les effets mortels de la toxine s'il est fait de quelques heures à deux jours après l'injection du poison. Un choc violent permet la guérison d'un tétanos localisé.

2° Avec une toxine atténuée, les chocs protéiques et anaphylactiques, contrairement à l'attente, ne modifient pas la marche du tétanos chronique non mortel et n'amènent pas la guérison.

3° Avec une toxine très active, les chocs restent sans effet sur la marche d'un tétanos expérimental mortel. Il resterait à apprécier si ces expériences peuvent conduire à de prudentes et utiles applications thérapeutiques chez l'homme.

Résultats sociaux de trente ans de prophylaxie antituberculeuse dans une station climatique française. — ***M. Lalesque*** fait part de la lutte antituberculeuse employée à Arcachon depuis 1892 et de ses résultats. On a répandu l'usage des crachoirs de poche et pratiqué régulièrement la désinfection des maisons ; environ 350 appartements sont désinfectés annuellement (500 en 1923, soit le cinquième des locaux).

Tous les lundis, les livres de bibliothèques publiques ou particulières sont passées au formol à titre gratuit.

Une fois par semaine, les écoles, les locaux municipaux, etc., sont assainis par des pulvérisations antiseptiques.

Depuis 1900 fonctionne une blanchisserie susceptible de pratiquer la désinfection complète des linges suspects.

L'auteur déclare que le pourcentage de la mortalité par tuberculose n'est que de 15 p. 10.000 à Arcachon, alors que son taux est de 26,7 p. 10.000 pour les villes de 5 à 10.000 habitants.

Nouvelles découvertes en préhistoire. — **M. *Capitan*** a communiqué les résultats des fouilles les plus récentes, avec les renseignements très précieux qu'elles ont apportés à la connaissance de la préhistoire de la race humaine. Ces recherches sont dues à M. l'abbé Lemosi et à M. Casteret.

Les hanches étiquetées « arthrites sèches ou rhumatismes » sont des subluxations congénitales méconnues. — M. ***Calot*** estime qui dans le bloc étiqueté « arthrite sèche déformante ou rhumatisme partiel » 90 p. 100 sont des subluxations congénitales méconnues jusqu'ici.

Sur toutes les pièces qu'il a pu examiner, il a retrouvé une luxation ou subluxation, cotyle double (dans le sens vertical), ou cotyle à double fond (dans le sens transversal, le néocotyle emboîté sur l'ancien). Et il peut montrer tous les chaînons intermédiaires entre la luxation congénitale la plus haute et le plus petit cotyle « à double fond » des hanches étiquetées arthrites déformantes. Enfin, sur telle pièce où l'on trouve d'un côté une prétendue « arthrite déformante » on voit sur l'autre hanche une luxation congénitale indiscutable. Et l'examen attentif comparé des deux hanches laisse la conviction absolue qu'il s'agit de deux lésions de nature identique ne différant que par le degré.

Où est la preuve décisive, sur le vivant, que la luxation constatée est bien congénitale et non pas acquise ?

Cette preuve décisive, la voici : elle nous est donnée par les appoints réunis de la clinique et de la radiographie, laquelle nous permet de retrouver sur le vivant le double cotyle ou cotyle à double fond.

Autre argument pour cette congénitalité : la radiographie de la hanche déclarée malade, lorsqu'elle a pu être prise au premier signe clinique accusé, a montré une lésion articulaire déjà énorme, solidement constituée, donnant l'impression très nette d'une lésion déjà très ancienne.

Il n'y a rien dans l'examen clinique du malade qui ne cadre avec ce que nous ont appris l'anatomie pathologique et la radiographie, c'est-à-dire qu'on trouve, pourvu qu'on les cherche, chez ces malades, des signes cliniques d'une subluxation congénitale.

En outre, chez nombre de ces malades, on trouve des antécédents de malformations et aucun antécédent de rhumatisme.

Et tout cela s'applique à la prétendue « ostéochondrite » de l'enfance où l'on trouve sur les pièces l'existence d'un double cotyle et si l'on ne le voit pas nettement à la radio, c'est à cause de l'état cartilagineux de la hanche à cet âge, mais plus tard lorsque l'ossification est terminée.

Ces malformations, d'une fréquence extrême, représentent près de moitié des hanches malades au-dessous de vingt ans, et les neuf dixièmes de ces hanches au-dessus de vingt ans.

QUATRIÈME RÉUNION D'ÉTUDES BIOLOGIQUES DE NEURO-PSYCHIATRIE A L'ASILE STE-ANNE

31 janvier 1924.

M. ***Ed. Toulouse et Mlle Weinberg*** donnent la première démonstration d'un nouveau test de mémoire établi par eux. L'emploi de tous les tests de cet ordre se heurte à une difficulté : les résultats sont fonction non seulement de la capacité mnésique du sujet, mais aussi de son degré d'attention et de son habileté à grouper et à systématiser le matériel de façon à le retenir plus facilement. Pour rendre le résultat indépendant du degré d'effort du sujet, les auteurs emploient la technique suivante. Ils lui présentent un tableau sur lequel sont collées quinze images reproduisant des objets familiers, et lui demandent de nommer ces images aussi rapidement qu'il lui est possible. La nécessité d'évoquer très vite le nom de l'image empêche toute mémorisation volontaire et élimine l'influence du facteur attention. Pour évaluer le nombre d'images que le sujet a ainsi retenu après une seule présentation, M. Toulouse et Mlle Weinberg ne se contentent pas de les lui faire réciter une seule fois ; ils demandent une série de trois reproductions successives, séparées par un intervalle de une minute et font faire une 2e épreuve de 3 reproductions 10 min. après la fin de la première. Il s'est montré que les images évoquées dans ces différentes reproductions ne sont pas les mêmes ; les sujets se montrent plus ou moins irréguliers dans leurs évocations. Les auteurs pensent que ces variations sont dues aux différences du pouvoir d'évocation et que ce test permet de dissocier la mémoire de fixation (nombre d'images reproduites au total dans les différentes évocations) et la mémoire d'évocation (irrégularité dans les différentes évocations). A ce test les auteurs ajoutent une épreuve de reconnaissance.

Ce test est appliqué actuellement de façon systématique aux différentes catégories de malades traités dans le service de prophylaxie mentale. Les résultats dès à présent paraissent significatifs. Ils seront communiqués ultérieurement.

MM. ***Henry Cardot et Henri Laugier*** présentent des tracés démontrant la diffusion et la généralisation de l'excitation dans les centres au cours de l'effort prolongé. Ils ont observé au cours de l'effort prolongé jusqu'à la limite des forces une diffusion et une généralisation de l'excitation dans les centres supérieurs. Initialement localisée aux centres qui commandent les muscles directement efficaces dans l'effort produit, l'excitation atteint peu à peu les centres voisins, et de proche en proche met en action tous les centres moteurs. De sorte que, à la fin de l'effort, le sujet est contracté de la tête aux pieds. Il y a là des phénomènes tout à fait semblables à ceux qui se développent dans les centres réflexes, lors de leur mise en jeu par les voies sensitives. Ces faits comportent des conséquences diverses au point de vue physiologique (mécanismes et lois de la diffusion ; théorie physiologique de l'effort), pathologique (modification de la diffusion au cours des affections neuro-psychiatriques) ; au point de vue également des différences entre les individus par rapport à leur fatigabilité.

MM. ***Tinel et Santenoise*** font une présentation de graphiques qui montrent comment l'étude biologique de l'équilibre vago-sympathique, peut, dans certains cas embarrassants, éclairer parfois le *diagnostic clinique*.

Ils en citent comme exemple deux cas d'épilepsie larvée méconnue, où le diagnostic, orienté par l'analyse du réflexe oculo-cardiaque a pu dans la suite être pleinement confirmé par une observation minutieuse des malades.

Dans le premier cas il s'agissait d'un jeune homme présentant depuis deux ans plusieurs accès par jour de *sommeil* incoer

© BIU Santé

cible. Le réflexe oculo-cardiaque décèle une vagotonie formidable (17-6 au 1/4 de minute) ; « un véritable réflexe d'épileptique » disent les auteurs, car une telle vagotonie ne se rencontre que dans des cas très particuliers comme dans certains cas d'épilepsie, à certaines phases de la psychose périodique, chez certains anxieux, ou dans les stades prémonitoires de la migraine. En effet, une observation attentive du malade montre au début de quelques unes des crises de sommeil, l'existence de petits mouvements convulsifs rythmiques qui avaient passé inaperçus. Un traitement par le gardénal supprime complètement en effet les crises de sommeil.

Dans l'autre cas, il s'agit de crises délirantes nocturnes où l'étude des réflexes sympathiques montre dans la période prémonitoire de l'accès l'existence également d'une vagotonie excessive. Ici encore le diagnostic d'épilepsie, soupçonné en raison de cette vagotonie anormale, est confirmé par l'observation car on put déceler, quelques jours après, au début d'une crise délirante, une petite crise comitiale nocturne. Il s'agit donc de délire onirique post épileptique et dans ce cas encore le traitement par le gardénal supprima toutes les manifestations délirantes.

On voit ainsi que dans certains cas de diagnostic difficile l'étude biologique des réflexes sympathiques peut apporter au diagnostic une contribution importante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1924.

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales (à propos du procès-verbal). — M. ***René Bénard*** déclare ne pas se trouver convaincu par les chiffres apportés par M. Renaud. Cet auteur dit en effet n'avoir constaté la syphilis que dans 15 % des cas de tabès et pourtant il semble bien partager l'opinion généralement admise de l'origine syphilitique du tabès. Dans ces conditions sa statistique amènerait à conclure que sur 100 malades porteurs d'une lésion d'origine manifestement syphilitique on passe à côté de l'origine exacte 85 fois. Il n'y a aucune raison pour ne pas étendre cette conclusion aux autres affections envisagées dans le tableau publié par l'auteur, par suite on serait amené à admettre qu'un grand nombre de scléroses survenant chez les sujets âgés relèvent de la syphilis.

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales. Le processus d'apéidose. — MM. ***Ch. Flandin*** et ***A. Tzanck***, montrent, contrairement aux conclusions de M. Renaud, que 60 % au moins des scléroses viscérales étudiées par lui, relèvent de la syphilis qui reste la cause principale des scléroses viscérales à évolution progressive. A côté des scléroses ayant des caractères cliniques radiologiques et anatomiques portant la signature de la syphilis il y a bon nombre de cas où tout caractère spécifique manque. Les auteurs pensent que c'est l'effet d'un processus de pathologie générale, auquel ils donnent le nom d'apéidose. Toute infection chronique (syphilis tuberculose, paludisme, etc.) serait capable en vieillissant ainsi que par modification du terrain, de provoquer des lésions perdant peu à peu tout caractère de spécificité pour prendre un aspect banal. Seule l'enquête étiologique permet de rapporter à la tare d'origine ces lésions d'apéidose dont les scléroses ne sont qu'un exemple.

Le diagnostic de la syphilis constitutionnelle. — M ***Sézary*** reprenant les données cliniques, thérapeutiques, anatomo-pathologiques, bactériologiques, biologiques qui permettent de dépister la syphilis en tire les trois règles suivantes :

1° De l'absence de tout signe de syphilis, on ne peut conclure à l'inexistence de la maladie ;

2° De l'existence d'antécédents, et de stigmates de syphilis chez un malade atteint d'une affection de cause indéterminée on ne peut conclure que celle-ci est de nature syphilitique ;

3° Tout signe de syphilis doit être interprété par rapport aux faits cliniques et ne tient sa valeur que de cette confrontation.

Il propose de classer les signes de syphililis constitutionnelle en plusieurs groupes.

Il existe un seul *signe de certitude*, la constatation du tréponème pâle.

Viennent ensuite des signes de quasi certitude s'ils sont bien interprétés : leucoplasie buccale vraie, signe d'Argyll-Robertson, dents d'Hutchinson, réaction de Bordet-Wassermann etc. Ce sont les *signes moyens* dont un seul bien interprété permet le diagnostic de syphilis.

D'autres *signes mineurs* ont une valeur un peu moindre : iritis, chorio-rétinite, aortite sans cause avérée avant 50 ans, réaction de Hech, etc.. C'est seulement lorque plusieurs signes mineurs sont associés qu'on peut présumer que le sujet est syphilitique.

Enfin un certain nombre d'affections (myopie, diabète, eczéma, scoliose, chorée, épilepsie, etc.) qui sont parfois de nature spécifique n'ont cependant aucune valeur pour le diagnostic.

Deux cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer chez l'enfant, terminés par la guérison. — MM. ***P. Lereboullet*** et ***Denoyelle*** rapportent deux observations concernant deux garçons de 12 ans 1/2 et de 14 ans chez lesquels évolua un état septicémique grave ayant l'allure générale d'une fièvre typhoïde, accompagné, dans un cas, d'une splénomégalie marquée, dans l'autre, d'une éruption abondante de taches rosées, compliqué après quelques jours d'un état de collapsus alarmant et néanmoins suivi de guérison. Le séro-diagnostic et l'hémoculture permirent d'éliminer les fièvres typhoïde et paratyphoïdes et les constatations bactériologiques faites montrèrent la présence dans le sang du pneumobacille de Friedländer avec tous ses caractères. Dans les deux cas, les manifestations pulmonaires restèrent très discrètes ; les hémorragies firent défaut dans l'un et se réduisirent, dans l'autre, à l'existence d'une néphrite hématuriqu passagère ; l'existence au déclin de la maladie, dans un des cas, d'une diphtérie grave n'empêcha pas la guérison.

Les auteurs insistent sur l'allure typhique de l'affection que seules les recherches bactériologiques permirent de rapporter à sa véritable étiologie.

Exploration radiologique de l'urèthre au lipiodol. — MM. ***Sicard*** et ***Forestier*** ont appliqué à l'étude radiographique du canal urethral leur procédé d'exploration des cavités de l'organisme par le lipiodol. Ils ont eu surtout pour but d'attirer l'attention des urologistes sur cette méthode d'une grande simplicité technique et susceptible d'apporter des renseignements utiles sur la morphologie de l'urèthre à l'état normal et pathologique.

Adénopathie cervicale traitée par la tuberculinothérapie. — MM. ***Rist*** et ***Jacob*** présentent une jeune fille atteinte d'adénopathie cervicale droite, douloureuse, volumineuse et fébrile. En l'absence de lésions pulmonaires tuberculeuses, les auteurs ont eu recours à la tuberculinothérapie qui a donné des résultats très encourageants. Après 7 injections à doses croissantes (1/20 c., 1/10 c., 1/5, 1 millicube de tuberculine) les auteurs ont observé en dehors d'une réaction thermique et focale, un érythème scarlatiniforme généralisé, qui a duré 3 à 4 jours après la 6e injection et a été suivi de desquamation furfuracée. Après la 7e injection qui était aussi de 1 millicube de tuberculine, réapparition de l'érythème qui fut moins durable.

M. ***Milian*** rapproche ces faits de l'érythème arsenical. Il distingue l'érythrodermie arsenicale simple et l'érythème infectieux du 9e jour qu'il attribue à la reviviscence d'un streptocoque pharyngé latent.

M. ***Rist*** n'admet pas l'opinion de M. Milian et compare l'érythème observé chez son malade à ce qu'on observe dans la vaccine.

Sur l'intervention de la rate dans la secrétion trypsique du pancréas. — ***M. Mariano-R. Castex*** insiste à propos de deux observations très intéressantes sur le rôle de la rate dans la secrétion trypsique du pancréas.

René GIROUX.

© BIU Santé

REVUE DE LA PRESSE

Quelques indications de la saignée.

Si, jusqu'au milieu du siècle dernier, on a fait de la saignée un emploi abusif, M. DUPLANT estime (*Lyon Médical*, 24 février) qu'une réaction exagérée s'est produite.

Il a pu constater qu'elle rend d'incomparables services dans les urémies comateuses brusques et transitoires, dans les cas de delirium tremens, dans les intoxications par les champignons amanites.

Toutes les fois dans ces intoxications graves endogènes ou exogènes, les accidents ont cédé à des saignées copieuses et au besoin répétées.

Le traitement des abcès du foie par l'émétine.

M. CHAUVIN (*Revue méd. de France et des Colonies*, février 1924) a vu trois fois seulement le traitement par l'émétine aboutir à un échec. Dans les trois cas, l'intervention ou la nécropsie ont montré que l'amibe n'était pas en cause. Aussi M. CHAUVIN met en doute la nature amibienne de toute lésion hépatique qui résiste à une cure par l'émétine bien conduite, et il considère ce traitement comme un vrai traitement d'épreuve de l'amibiase hépatique.

La radiothérapie dans l'ostéite tuberculeuse

Les rayons X de moyenne pénétration (0,22 à 0,25 centimètres d'étincelle équivalente), filtrés à travers 5 à 8 millimètres d'aluminium suivant la profondeur des lésions à atteindre, peuvent dit M. DESPLATS (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 24 février 1924) guérir certaines formes d'ostéite.

Les doses à appliquer à la peau doivent être des doses moyennes, 8 à 10 H. répétées toutes les trois semaines environ.

Il y a intérêt, dans la mesure du possible, à immobiliser les articulations de voisinage.

Il ne semble pas que les résultats soient aussi favorables dans les lésions ouvertes ou suppurées.

Chaque fois qu'il lui a été possible de radiographier les malades au cours du traitement et longtemps après la guérison clinique, M. Desplats a pu se remdre compte que la guérison anatomique suit d'assez loin la guérison clinique.

Traitement rationnel et polyvalent de l'hypertension vasculaire

Spécifique des Scléroses artérielles et viscéral

Arthritisme — Uricémie-Goutte — Troubles circulatoires — Ménopause — Néphrites

Antonal

A base de principes dynamogénétiques du Gui
Diméthylquinoxanthine
Extrait total hépatique

Angine de poitrine — Cardiopathies artérielles — Hémoptysies — Congestions hémorragipares

2 A 3 CACHETS PAR JOUR

Littérature et Échantillons — LABORATOIRES de l'ANTONAL
ANGERS - 5 et 7, Rue Henry-Gréville, 5 et 7 - ANGERS
E.C. Angers 625.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : **Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.**

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, **s'absorbant vite et agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 — R. C. Seine 2.153

ANTISEPTIQUES GRANULÉS — E. FRAUDIN, PARIS-BOULOGNE

CHARBON FRAUDIN

GRANULÉ

NI CAUSTIQUE, NI TOXIQUE

GRANULÉ AU NAPHTOL

AFFECTIONS et INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

GRANULÉ SANS NAPHTOL

R. C. Seine 595.16

© BIU Santé

ACTUALITÉS MÉDICALES

TUBERCULOSE

Chaulmoogra oil in the treatment of laryngeal tuberculosis (L'huile de chaulmoogra dans le traitement de la laryngite tuberculeuse). (J. D. Bronfin et C. Markel. *American Review of Tuberculosis*, novembre 1923.)

50 cas, de laryngite tuberculeuse, avec des lésions pulmonaires légères dans 12 cas et avancés dans 38, observés de 10 à 12 mois, ont été traités localement par l'huile de chaulmoogra. Il n'y a eu ni aggravation ni amélioration. L'augmentation de la lésion locale, notée dans quelques cas, n'a pas paru avoir d'autre cause que l'irritation locale médicamenteuse, comme le donnent à penser la sensation de brûlure dans la poitrine et la douleur sternale. Au point de vue pulmonaire, les cas évolutifs ont suivi une marche progressive pendant que les cas stationnaires ne changeaient pas ; il n'y a eu aucune modification de la symptomatologie clinique, et plus particulièrement de la toux et de l'expectoration. Les radiographies n'ont révélé, dans 39 cas, aucune amélioration pulmonaire. J. Lafont

The presence of virulent tubercle bacilli in human bile (La présence de bacille de Koch virulent dans la bile humaine). (H. J. Cobper, James, S. Simmons et Harold Freed. *American Review of Tuberculosis*, novembre 1923.)

Le bacille de Koch a été trouvé dans la bile (après décès) par inoculation au cobaye dans 4 cas sur 18 de tuberculose pulmonaire ulcéreuse, dans un cas de tuberculose pulmonaire à lésions moyennes et dans un cas de tuberculose compliquée d'anévrysme de l'aorte. Les résultats ont été négatifs dans un cas de tuberculose au début, un cas de gangrène pulmonaire, 2 cas de pneumonie streptococcique avec abcès et un cas de mal de Pott avec abcès. J. Lafont

The technique of chest roentgenography in pulmonary tuberculosis (La technique de la radiographie dans la tuberculose pulmonaire). (Louise T. Black, *American Reveiw of Tuberculosis*, décembre 1923.)

Les radiographies ont été prises en position antéro-postérieure, d'abord en inspiration diaphragmatique suspendue, puis en inspiration costale suspendue, chez 25 sujets atteints de tuberculose pulmonaire. Dans deux cas il y eut des différences appréciables ; le 1er avait des adhérences au niveau de l'angle costophrénique droit ; et le second une ombre annulaire, dans la partie supérieure du poumon droit, qui apparaissait seulement pendant la respiration diaphragmatique suspendue. C'est donc au type et à l'amplitude de la respiration du sujet examiné qu'il faudrait rattacher les différences constatées dans les radiographies successives du même malade et non attribuables à une technique défectueuse comme on est tenté de le croire.

J. Lafont

The influence of silica compounds on expérimentale tuberculosis (L'influence de la silice sur la tuberculose expérimentale). (Mary E. Mayer et H. Gideon Wells. *American Review of Tuberculosis*, décembre 1923.)

L'administration d'une préparation à base de silice organique (Silicol) à des cobayes tuberculeux n'a ni augmenté la durée de la vie ni modifié l'évolution des lésions. L'étude histologique ne montre aucune différence avec les animaux témoins au point de vue de la réaction fibreuse à l'infection tuberculeuse des poumons, du foie, de la rate et des ganglions. L'ingestion de silice n'a pas donné d'augmentation de la teneur en silice du foie, de la rate et des poumons. L'extension des lésions dans les organes réduit leur teneur en silice, que l'animal soit ou non soumis à l'ingestion de silice. J. Lafont

(*Voir suite p.* 191.)

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphtérique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ulcère gastrique rebelle

Par M. Félix RAMOND.

Sous le nom d'ulcère gastrique rebelle, on entend tout ulcère qui résiste à une médication judicieusement employée. Normalement, un ulcère, traité par le repos, un régime sévère et suffisamment prolongé, par des pansements appropriés, et enfin par l'emploi des alcalins, cesse rapidement d'être douloureux, puis guérit, soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long. C'est notamment le cas des ulcères récents, évoluant sur des sujets jeunes et vigoureux, dont la dynamique gastrique n'est pas définitivement compromise : mais il est certain que des ulcères anciens, calleux, mis dans des conditions favorables de diététique, peuvent encore guérir, surtout lorsque la lésion n'est pas encore très profonde, et respecte les couches musculaires. Donc, quel que soit l'âge de l'ulcère, notre devoir est de commencer toujours par un essai suffisamment prolongé du traitement médical ; ce n'est qu'après échec, dûment constaté, que l'on doit considérer l'ulcère comme rebelle. Peut-on indiquer un délai, après lequel toute thérapeutique médicale doit être abandonnée ? La réponse ne saurait être d'une précision absolue, tel ulcère s'améliorant dès les premiers jours, tel autre réclamant plusieurs semaines. Mais il est une constatation précoce, qui permet de préjuger du résultat définitif du traitement médical, c'est l'état de la douleur gastrique : la crampe ou la brûlure doivent s'atténuer, puis disparaître en quelques jours ; si elles persistent au-delà de ce court délai, l'ulcère sera vraisemblablement rebelle.

Quels sont les ulcères qui ont une tendance particulière à résister au traitement médical, en dehors du vieil ulcère calleux, dont nous venons de parler. Il est difficile de les ranger dans des cadres rigides, car la clinique n'est pas une chose mathématique. Cependant des raisons tirées du siège ou de la constitution anatomique de l'ulcère peuvent être invoquées, le plus souvent avec vraisemblance.

Le premier de ces ulcères est l'ulcère fissuraire du pylore ; il s'agit d'une lésion peu étendue, mais profonde, exactement située sur le sphincter, et relativement rare. Voici les symptômes que nous présentait un malade de l'hôpital : à jeun pas de douleurs ; mais, dès la première ingestion d'aliments, même de lait, le patient éprouvait une crampe douloureuse, que la palpation pouvait situer dans la région pylorique, au-dessus et à droite de l'ombilic. La crampe persistait quelques minutes, s'atténuait ou disparaissait un moment, pour reprendre par périodes aussi intenses pendant tout le temps dela digestion. Celle-ci d'ailleurs se prolongeait au-delà du terme habituel, si bien que le malade souffrait pendant les 4 à 5 heures qui suivaient son repas. Parfois un vomissement, vers la troisième heure, amenait un soulagement définitif. L'examen radioscopique, répété plusieurs fois au cours d'une même digestion, montrait l'existence d'un spasme pylorique. sur lequel venaient se briser des ondes péristaltiques profondes, et une dilatation moyenne du bas-fond gastrique ; la palpation du pylore était très sensible. C'était bien l'image d'un ulcère pylorique avec son spasme habituel (1). Le repos, le régime lacté, les pansements n'amenaient pas de soulagement notable ; seuls les alcalins calmaient les crampes pendant 10 à 15 minutes seulement.

L'opération montra un pylore hypertrophié, avec une petite tache péritonéale sur le bord inférieur ; craignant une néoplasie mitrale, le chirurgien pratiqua une large pylorectomie, et la pièce opératoire nous permit de constater une fissure profonde, à cheval sur le bord inférieur du pylore, sectionnant une partie seulement de la couche musculaire sphinctérienne. L'analogie avec la fissure anale était donc assez nette. Le malade sortit de l'hôpital complètement guéri. Le diagnostic était exact, et le symptôme dominant résidait dans l'existence d'une douleur précoce et prolongée pendant tout le temps de la digestion. Cependant ce symptôme n'est pas absolument pathognomonique, puisqu'il se rencontre parfois au cours de certaines gastrites ou de certains néoplasmes. Son existence jointe à celle d'un pylore spasmodié et sensible, doit faire penser à la possibilité d'un ulcus fissuraire du pylore. Peut-être le même ensemble de phénomènes se répète-t-il pour la région du cardia, dont les ulcères sont souvent assez rebelles au traitement.

Nous ne ferons que mentionner l'ulcère du pylore avec sténose sphinctérienne. Par définition, cet ulcère est incurable par les seuls moyens de la thérapeutique médicale.

Moins connu est l'ulcère rebelle avec névromes : dans la profondeur de l'ulcération et dans la muqueuse adjacente se trouvent de gros nodules composés de fibres nerveuses sans myéline et de cellules du type sympathique ; dans la couche fibreuse cicatricielle ces nodules sont volumineux, souvent visibles à l'œil nu, et disposés en amas plus ou moins épais ; en dehors de la cicatrice, ils se disposent surtout dans la sous-muqueuse, et quelquefois dans l'épaisseur de la muqueuse, ainsi que nous venons de le constater dans une pièce opératoire. Ils sont naturellement moins épais, moins étendus que dans la profondeur même de l'ulcération.

L'ulcère avec névrome est toujours douloureux, et non soulagé par le régime et la médication. A la vérité, il peut se cicatriser ; néanmoins la sensibilité persiste indéfiniment, et nécessite l'opération. Ce qui est donc rebelle ici, ce n'est pas l'ulcère lui-même, mais bien la douleur.

Beaucoup plus fréquemment rencontré est l'ulcère rebelle par gastrite étendue. Tout ulcère se complique plus ou moins de gastrite (Hayem, Galliard) ; mais parfois cette gastrite prend une telle importance qu'elle domine toute la scène. On voit des tractus inflammatoires jusqu'à dix et même quinze centimètres de l'ulcération, en même temps que la muqueuse de revêtement et la muqueuse sécrétante subissent une double involution, dégénératrice et régressive. La régression aboutit à la transformation de la muqueuse gastrique en muqueuse intestinale, c'est-à-dire à la métaplasie (Ménétrier, Hayem, Masson, F. Ramond.)

D'une façon générale, la gastrite interstitielle débute au-dessus de la muscularis, où elle prédomine le plus souvent ; puis elle s'étend à la sous-muqueuse, à la musculaire, au péritoine et même aux organes environnants. On conçoit sans peine que de pareilles lésions résistent à la médication, et nécessitent tôt ou tard l'intervention (1).

La propagation au péritoine entraîne une conséquence souvent des plus fâcheuses, et qui nous explique la ténacité des troubles digestifs. Nous voulons parler des adhérences que l'estomac peut contracter avec le voisinage. Ce sont principalement les adhérences de la petite courbure et de la région pylorique qui sont les plus tenaces. Ces adhérences sont surtout douloureuses, quand l'ulcère est infecté ; l'inflammation se propage en effet très facilement le long de ces adhérences, et les rend beaucoup plus sensibles. La douleur peut être précoce et continue, ou seulement tardive ; mais elle est diffuse, et se manifeste souvent par des sensations constrictives de la ceinture thoraco-abdominale, analogues à celles qui accompagnent quelquefois la lithiase biliaire évolutive.

Une dernière variété d'ulcère rebelle mérite une mention spéciale, par sa fréquence, son évolution particulière, et sa gravité ; c'est l'ulcère en voie de cancérisation. Le traitement médical peut atténuer ou même faire disparaître la douleur, tout comme celle de l'ulcère classique ; mais deux symptômes survivent à l'amélioration apparente : la diminution progressive de l'acidité chlorhydrique et l'amaigris-

(1) Félix Ramond et Ch. Jacquelin. — Manuel de radioscopie gastro-duodénale 1 vol. 83 fig. Paris 1924.

(1) Cf. Félix Ramond. — Les ulcères infectés. *Progrès médical*, sept. 1923.

© BIU Santé

sement ; dès qu'ils sont constatés, le médecin doit conseiller l'opération, sans attendre la diffusion du néoplasme.

Telles sont les variétés les plus intéressantes de l'ulcère gastrique rebelle ; elles sont utiles à connaître ; car le médecin, dûment averti, devant l'inefficacité de tous ses efforts, conseillera, sans attendre, l'intervention ; de cette façon seront évités les douleurs inutiles, le découragement qu'occasionne une thérapeutique impuissante, et surtout les complications dégénératives de l'ulcéro-cancer.

La pathologie germinale

Par **Henri VIGNES.**

Sous le nom de pathologie germinale, on décrit les maladies qui ont été causées par un facteur morbide ayant agi sur l'un des gamètes avant la fécondation.

Ce que réalise la pathologie germinale.

La pathologie germinale peut créer chez le descendant des affections de la même espèce morbide que celles de l'ascendant (tares spécifiques) **ou des affections absolument banales.**

Les **tares spécifiques** peuvent être : 1° des malformations ; 2° des maladies ; 3° des débilités d'organes ou de tissus ; 4° et enfin une moindre vitalité de tout l'organisme.

1° Dans le groupe des *malformations* on observe soit la transmission de la même malformation, soit la transmission d'une malformation voisine, (par exemple : l'alternance de l'ectrodactylie et de la polydactylie), soit enfin la transmission d'une combinaison de plusieurs malformations.

2° Les *maladies germinales* qui rentrent dans le groupe des tares spécifiques, portent le nom de maladies héréditaires.

Lorsque l'hérédité morbide se manifeste par l'apparition d'une même maladie à deux ou plusieurs générations successives on dit qu'il y a *hérédité similaire*. Si, au contraire, le descendant présente une maladie ou une tare de la même famille morbide, on dit qu'il y a *hérédité dissemblable*.

Par exemple, on sait que, chez certains sujets, on voit alterner, au cours de la vie, la goutte et la gravelle ; pour toute une série de raisons, on est amené à considérer que ces deux maladies, et quelques autres d'ailleurs, appartiennent à une même famille, pour laquelle on a inventé divers noms, tels qu'arthritisme, tempérament goutteux, etc. Or, si un père est goutteux et son fils graveleux, on est en droit de parler d'hérédité dissemblable. A vrai dire, à serrer le problème de plus près, dans ce cas particulier, on a toutes raisons de supposer qu'il y a hérédité similaire d'une tare affectant le fonctionnement chimique de l'organisme, cette tare engendrant, chez l'un, la goutte et, chez l'autre, la gravelle.

3° Les cas où la pathologie germinale détermine une *débilité d'organe ou de tissu* sont particulièrement intéressants. A.) Tel organe, au cours des générations successives dans une même lignée, est plus volontiers atteint par une maladie intercurrente que tel autre organe. Ainsi, au cas où un père et son fils sont atteints de tabès, nous ne disons pas qu'il y a hérédité du tabès, mais qu'il y a hérédité d'une non-résistance de la moelle, laquelle a favorisé une localisation de la syphilis (1).

B.) On peut observer des cas où c'est non pas un organe, mais un tissu qui est lésé. Citons, à ce propos, l'aptitude aux varices, l'aptitude aux phlébites, les ptoses et ectasies viscérales, l'insuffisance du tissu élastique, se traduisant lors des gestations par les vergetures abdominales et les ruptures périnéales. D'autres affections frappent plus spécialement les tissus dérivés d'un feuillet embryonnaire. C'est ainsi qu'on peut observer l'hérédité d'une fragilité ectodermique se traduisant par une tare cutanée, telle l'ichthyose, et par une tare nerveuse. Bauer, récemment, a signalé des dystrophies héréditaires du mésoderme créant plusieurs des affections suivantes chez un même sujet : ostéogenesis imperfecta, chondrodystrophie, atrophie musculaire, hypoplasie des vaisseaux, dystrophie de la dentine à l'exclusion de l'émail, dysfonctionnement des organes hématopoïétiques.

4° Une *moindre vitalité* de l'organisme se transmet de façon similaire dans certaines familles, où la chétivité a vraiment une allure spécifique.

Les **tares non spécifiques** peuvent se présenter sous l'aspect de débilités d'organes ou de tissu, sous l'aspect de malformation et sous l'aspect d'une moindre vitalité : les effets chez le descendant sont donc à peu près le même que dans le cas des tares spécifiques ; mais, dans le cas actuel, la tare n'existe plus chez l'ascendant et elle est créée par l'action de la cause morbide sur le gamète.

1° Un exemple de *débilité localisée à un organe* nous est fourni par la méningite tuberculeuse : on sait, en effet, que cette affection se rencontre surtout chez les enfants d'alcooliques et qu'elle résulte d'une localisation de la tuberculose sur un système nerveux lésé par l'intoxication paternelle.

On pourrait encore rapprocher de ce groupe l'observation souvent citée des trois sœurs qui firent des néphrites à l'occasion de trois infections différentes : syphilis, scarlatine, fièvre typhoïde, s'il était démontré que leurs ascendants avaient des reins normaux et qu'il n'y avait donc pas transmission d'une tare spécifique.

2° On peut observer des *malformations non spécifiques*, par exemple le strabisme, qui apparaît fréquemment chez les enfants d'alcooliques.

Il est possible que certaines gestations univitellines (1) ressortissent à ce mécanisme.

3° La *moindre vitalité peut réaliser diverses éventualités* :

A) *Stérilité*, et par exemple, chez 25 % des adolescents mourant de démence précoce, il n'y a pas de spermatogénèse (2) ;

B) *Mort in utero* plus ou moins précoce ;

C) *Moindre vitalité*, mortalité précoce.

La coexistence des malformations et de la chétivité est fréquente : Feré, dans ses expériences de tératologie expérimentale, a souvent noté que, dans un même lot, à côté de monstres, il y avait de nombreux embryons très petits.

Il ne nous faut pas terminer cette énumération sans citer des faits qui ont été étudiés en sens inverse, j'ai nommé la transmission de l'immunité spontanée à certaines maladies, immunité qui peut être non spécifique ou spécifique. Une observation de Paul Raymond rentre peut-être dans ce dernier cas ; c'est celle d'un père, de son frère, de son fils et de sa fille qui étaient réfractaires à la vaccine.

Causes

Les deux groupes de faits dont nous venons de parler correspondent à peu près à deux groupes de causes :

les détériorations du germe ;

les influences héréditaires.

Détérioration du germe.

J'entends par ce vocable l'action d'une cause nocive sur un des gamètes et ses effets ultérieurs.

Ces causes nocives peuvent être physiques, chimiques, peut-être microbiennes ou encore elles sont liées à des imperfections de l'état physiologique d'un des procréateurs.

Parmi les causes **physiques**, il en est une qui a été très étudiée, c'est le radium et les radiations. Lacassagne (3) a

(1) Les faits expérimentaux de Miss Maud Slye et les statistiques humaines de Wassink montrent que, dans les séries familiales de cancer, il y a une localisation élective à un organe donné dans certaines lignées.

(1) Je ne parle pas ici des gestations bivitellines qui ne sont pas des monstruosités. Elles se transmettent héréditairement et plus souvent par les mères que par les pères.

(2) Mott. — Les organes génitaux et les maladies mentales. *British med. Journ.*, 25 mars 1922, p. 463.

(3) Effets produits par les rayons X sur l'ovaire. *Thèse* de Lyon. 1913, Rey, édit. et (en collaboration avec Coutard) Influence de l'irradiation des ovocytes, *Gynécologie et obstétrique*, 1923, t. VII, n° 1, p. 1.

© BIU Santé

consacré à ce sujet d'importants travaux. De l'un d'eux j'extrais les données suivantes :

1° Les lésions produites dans les ovocytes après une irradiation unique semblent être définitives, quelle que soit la dose ;

2° Il existe entre les différents ovocytes d'un même ovaire (en dehors de leur stade de développement) une extraordinaire variation en ce qui concerne le degré de sensibilité aux radiations ;

3° L'altération générale des ovocytes se traduit par l'atteinte des produits de conception.

Les causes **chimiques** ont une importance primordiale.

Je vous rappellerai d'abord le phénomène de METCHNIKOFF et MATSCHINSKI (1). En injectant de la toxine tétanique à des poules, ces observateurs ont constaté que les divers organes contiennent une quantité de toxine en rapport avec la quantité de sang qui s'y trouve, mais que les organes génitaux en contiennent une quantité beaucoup plus forte. Des faits analogues, observés dans la nature, sans intervention expérimentale, par PHISALIX (2) montrent bien cette grande affinité des ovules et spermatozoïdes pour certaines substances toxiques ou actives. C'est un point dont j'ai souligné ailleurs l'importance en ce qui concerne la physiologie génitale (3). On comprend les déductions qu'on peut en tirer pour la pathologie du germe.

Mais il est un point intéressant dans cette affinité. C'est son caractère électif pour certaines substances : par exemple, une ivrognesse donnera naissance à un sujet taré alors qu'une opiomane aura un enfant normal.

1° Les produits de la *chimie minérale* peuvent agir de la sorte sur le germe. J'en prends comme exemple le plomb, lorsqu'il a intoxiqué le père (les cas d'intoxication maternelle étant moins purs, puisque l'action se prolonge pendant la gestation). Voici un tableau qui reproduit les observations classiques de C. PAUL sur la descendance de saturnins (hommes).

32 gestations.

12 interruptions. — 8 morts avant un an. 4 morts avant deux ans.

20 accouchements. — 3 morts avant trois ans. 1 mort après trois ans. 2 survivants.

2° Les corps de la *chimie organique* peuvent être aussi délétères : qu'il me suffise de vous rappeler l'alcool.

3° Enfin les *toxines microbiennes* sont particulièrement nocives. CHARRIN, expérimentalement, a obtenu ainsi une nombreuse mortinatalité, des petits chétifs et stériles, des monstruosités qui se transmettaient ensuite héréditairement et, fait curieux, de temps à autre dans le tas, une portée entière épargnée. Les faits de CHARRIN se rapportent surtout à des intoxications de femelles et sont infiniment moins constants pour les mâles.

Ces faits cependant peuvent s'observer si le mâle est soumis à certaines maladies microbiennes et c'est ainsi que FÉRÉ a publié l'observation d'un homme qui était en crise paludéenne au moment de trois procréations et dont les trois enfants présentèrent un retard de la dentition, des convulsions, des malformations dentaires, des troubles nerveux et un retard du développement intellectuel et physique.

4° Nous arrivons maintenant aux *intoxications qui sont liées aux fautes d'hygiène* et en particulier aux fautes d'hygiène inhérentes à l'état d'extrême civilisation matérielle. Toute une série de causes peuvent ainsi léser l'organisme : un régime trop abondant, ou trop délicat (1), la vie sédentaire (2), le séjour dans les villes où l'air est plus ou moins constamment pollué, où certaines radiations sont interceptées, où l'on vit loin des sources, enfin le surmenage et l'impressionnabilité, voilà autant de facteurs qui intoxiquent l'individu, fatiguent certains organes et atrophient certains autres par manque de stimulant (3).

L'ensemble de ces facteurs rappelle une des ironies de VILLIERS DE L'ISLE ADAM : « Ce que la médecine aurait découvert de plus nouveau et de plus clair, c'est qu'un régime sobre et réglé, des aliments sains, de l'exercice, un air pur, le calme des mœurs et un bon tempérament peuvent conduire à la centaine. Malheureusement, cette excellente maxime est devenue très difficile à mettre en pratique pour les cinq sixièmes des individus. »

Quoi qu'il en soit, le trouble des humeurs que cause la civilisation et le bien-être est à la base d'un groupe morbide important qu'on a appelé arthritisme et dont la goutte est une des manifestations les plus connues ; dans le groupe rentrent certaines obésités, certains rhumatismes, certains asthmes, le diabète, la presque totalité des eczémas, beaucoup d'algies et bien d'autres affections. De plus, il semble que cette famille morbide comprenne aussi certaines stérilités, certains cas de paucinatalité involontaires et certains cas de malformations congénitales.

Il nous faut rapprocher de ce chapitre, les recherches expérimentales sur les méfaits de l'alimentation carnée. HOUSSAY, professeur à la Sorbonne, et divers éleveurs ont étudié l'effet de l'alimentation carnée sur les poules. Celles-ci semblent d'abord profiter de ce régime: augmentation de poids, augmentation de la ponte, augmentation du poids des œufs et ceci jusqu'à la troisième et quatrième génération. Mais le tout ne va point sans de graves modifications organiques : gros foie, gros rein, imprégnation uréique, déformation articulaire rappelant la goutte, tares cutanées puis augmentation progressive des monstres, fréquence progressive des œufs stériles et prolongation progressive du temps nécessaire à l'incubation (4).

Les cas de **transmission d'une maladie microbienne** par un germe, dans lequel le microbe serait inclus sont assez discutés : il semble bien difficile qu'un gamète infesté puisse participer à une fécondation et il est probable que les maladies microbiennes agissent sur la descendance par les toxines produites.

Nous avons enfin à parler des **causes liées à l'état physiologique de l'individu**. Il semble démontré par l'étude de statistiques importantes que le grand âge de la mère puisse influencer défavorablement les qualités psychiques et somatiques de l'enfant et certains auteurs pensent qu'il en est de même des gestations répétées et trop rapprochées (5). Il serait intéressant, si ces faits sont exacts, de savoir s'il y a là pathologie germinale (gamète débile) ou pathologie fœtale (mauvaise nutrition *in utero*).

La convalescence réalise une débilitation qui peut influer défavorablement le germe ; il est vrai que les toxines microbiennes, encore circulantes, jouent sans doute aussi un rôle

(1) MATSCHINSKI. — De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1900, p. 113.

(2) PHISALIX. — Corrélations fonctionnelles entre les glandes à venin et l'ovaire chez le crapaud commun. *C. R. Ac. des Sc.*, 1903, tome 138, p. 1082.

(3) VIGNES. — Influence de la lécithine et de la cholestérine sur la toxicité des œufs et des ovaires. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1914 et Notes et recherches sur la menstruation. *Thèse* de Paris, juillet 1914, Vigot, frères, édit.

(1) Trop délicat, c'est-à-dire carencé d'éléments pourtant utiles.

(2) Voir le très intéressant article de BROCQ, intitulé : Importance de plus en plus grande de la vie sédentaire et du déséquilibre nerveux dans la pathologie cutanée (*La Médecine*, 1923) et consacré à ces dermatoses qui sont désespérantes par leur ténacité et qui traduisent une hyporésistance cutanée.

(3) Ces causes agissent aux maximum chez les riches ; mais elles s'observent couramment aussi chez les gens moins favorisés par la fortune en sorte qu'on peut rappeler la boutade de P. BOURGET, à savoir que l'ouvrier des villes « est un civilisé de médiocre espèce arrivé, sauf exception, au plein développement qu'il peut supporter » et non « le primitif en qui dorment des réserves de forces ».

(4) Les observations de WATSON faites sur le rat sont du même ordre : (Effet de l'alimentation carnée sur la fécondation et la lactation. *Proc. of the Roy. Soc. of Edinb* ; vol. XXVII, 1re partie, n° 2) :

17 couples de rats en expérience :
9 couples stériles ;
8 couples féconds (8 mauvaises nourrices).
12 couples de rats témoins :
12 couples féconds.

(5) REITER et IHLEFELDT. — Influence de l'âge de la mère, etc. *Klin. Woch.*, 16 déc. 1922, p. 2524.

© BIU Santé

dans cette affaire. Quoiqu'il en soit, citons, à ce propos, les résultats de l'observation de PINARD :

« Dans les familles où, à côté d'enfants sains et vigoureux, on assiste à la naissance d'un enfant offrant, à ce moment ou plus tard, les stigmates manifestes de la dégénérescence, alors que la grossesse et l'accouchement s'étaient passées dans des conditions physiologiques, alors que d'autres enfants sains et vigoureux étaient nés consécutivement, j'ai pu presque toujours dépister, saisir et faire connaître aux parents la cause de cette calamité. Dans 23 familles, parmi lesquelles je trouve, au milieu d'enfants bien portants, l'existence d'un dégénéré, d'un infirme ou d'un idiot, 22 fois j'ai pu constater et faire constater aux parents que l'un des deux était, au moment de la procréation, malade ou convalescent. J'ai trouvé : 12 fois la convalescence de la fièvre typhoïde, 5 fois la grippe, 2 fois l'ictère, 1 fois le rhumatisme articulaire aigu, 2 fois la goutte. Je suis absolument convaincu aujourd'hui que tout état pathologique, toute dépression physique et morale, toute déchéance physiologique en un mot, de l'un des générateurs, ou des deux, a une influence manifeste sur le produit de la conception et sur son développement futur. »

Influences héréditaires.

L'hérédité morbide est le fait qu'une tare spécifique soit transmise d'un membre d'une lignée à tous ses ascendants ou à certains d'entre eux. Les cas de détérioration du germe reconnaissaient une origine récente et se traduisaient par des lésions non spécifiques et difficilement prévues dans leur modalité ; les maladies héréditaires sont déjà ancrées dans une lignée et reproduisent un type morbide semblable à lui-même.

Nous verrons si ces deux groupes sont irréductibles l'un à l'autre.

Le type de l'hérédité morbide nous est fourni par les maladies familiales.

Sous ce nom, on désigne, depuis CHARCOT, qui a étudié les maladies familiales du système nerveux, certaines maladies ou malformations qui atteignent plusieurs sujets d'une même famille à plusieurs générations et qui ont une même évolution chez les sujets atteints. A titre d'exemple, citons une maladie à caractères histologiques définis, telle l'atrophie musculaire progressive — un trouble humoral, telle l'hémophilie — et une malformation, telle la polydactylie.

Les maladies familiales représentent parfois une fatalité inéluctable et plus souvent un risque plus ou moins grand. Pour la plupart d'entre elles, il est habituel qu'il y ait des sujets sains et des sujets tarés et, au premier abord, on ne distingue pas bien la loi ou les lois qui régissent ces deux éventualités.

Certaines maladies se transmettent par hérédité *directe*, ce qui est le cas lorsque l'un des procréateurs ou les deux sont atteints de la maladie observée chez le descendant. Le risque est alors continu et si le descendant est sain, il est, pour ainsi dire, de règle que ses fils aussi soient sains.

D'autres fois le risque est discontinu et de chacun de nos ancêtres « quelque chose » risque de se reproduire ne nous plutôt que d'apparaître chez un autre : il y a des cas où tout se passe comme si nous héritions d'un passé plus ou moins lointain qui sommeillait pour se réveiller seulement en nous, après avoir sauté plusieurs générations : on dit alors qu'il y a *hérédité atavique*.

De l'étude de certaines lignées, GALTON a cru pouvoir déduire une loi numérique qui résumerait l'origine de notre personnalité : nos caractères (1) proviendraient pour moitié de nos deux procréateurs, pour un quart de nos quatre grands-parents, pour un huitième de nos huit grands-parents et ainsi de suite ; je vous ai fait figurer, dans la planche que voici, cette conception.

Parmi ces cas d'hérédité discontinue, il y en a qui sont « liés au sexe », c'est-à-dire qui ne sont transmis que par des sujets d'un sexe donné : par exemple une femme transmet à ses fils et rien qu'à eux une maladie dont elle a reçu le legs héréditairement sans en être tarée elle-même ; dans d'autres cas, elle transmettra, de la sorte, la tare à ses filles et à ses fils. Il est à

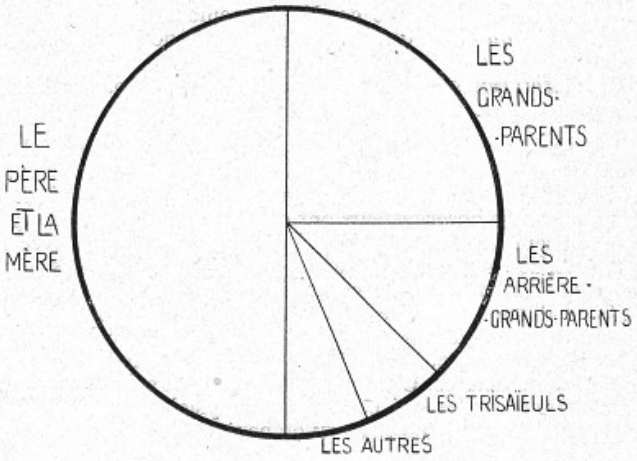


FIG. 1. — Loi de GALTON.

noter que les cas d'hérédité liés au sexe ont comme agent de transmission les femmes ; on peut se demander si, au facteur héréditaire germinal, ne vient pas s'ajouter quelque facteur inconnu dont l'action se fait sentir sur l'œuf entre la fécondation et la naissance.

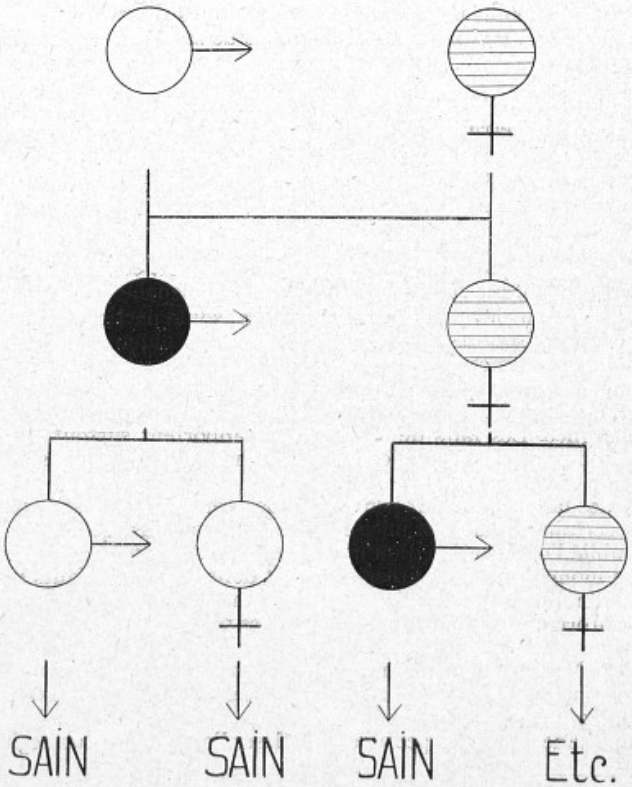


FIG. 2. — Hérédité de l'hémophilie. *Blanc* : sain ; *noir* : hémophile ; *gris* : sujet sain transmettant l'hémophilie.

On parle quelquefois d'*hérédité collatérale*, comme si un neveu pouvait hériter de son oncle : cela se voit en droit, mais ne saurait exister en biologie. En réalité, il y a hérédité atavique se manifestant chez deux descendants d'une même souche mais d'une lignée différente.

(1) Certains biologistes ont critiqué cette notion des caractères, en partant de ce principe qu'on n'a pas le droit de considérer des caractères comme des entités.

D'autre part, en fait, il y a bien des cas qui semblent difficiles à ramener à cette loi et où tout se passe comme si un ancêtre avait eu une puissance exceptionnellement grande ou petite de transmission héréditaire. Si vague que soit les termes employés, il faut tenir compte du fait qu'ils traduisent.

© BIU Santé

Pour terminer, je signalerai certains faits mal étudiés d'*hérédité croisée* entre un père et sa fille, une mère et son fils. Ces faits demandent une nouvelle étude pour être acceptés ou rejetés ; il est certain que l'étude de certains hybrides impose de réexaminer ce problème : car, d'union entre un mâle A et une femelle B donne des produits différents de ceux de l'union entre un mâle B et une femelle A.

On s'est demandé si le risque héréditaire dans les maladies familiales ne se comportait pas comme le font les facteurs héréditaires dans les faits observés par MENDEL et **ses successeurs** au cours d'études sur les hybrides dans les espèces animales et végétales.

Je rappelle ici les principaux de ces faits.

Premier groupe de faits. Un individu blanc et un individu noir se conjuguent et donnent naissance à un hybride gris. Cet hybride gris accouplé avec un autre hybride gris, donnera des produits qui pour un quart seront noirs et auront des descendants noirs, pour un quart seront blancs et auront des descendants blancs, pour deux quarts seront gris et auront eux mêmes, des descendants noirs, blancs et gris.

Deuxième groupe de faits. Un individu blanc et un individu noir se conjuguent et donnent naissance à un hybride noir : on dit que le caractère noir est dominant et que le caractère blanc, qui n'est plus apparent est récessif. Mais si vous accouplez de ces deux hybrides noirs, le caractère blanc, qui était latent, reparaît et vous aurez des produits qui pour un quart seront noirs et auront des descendants noirs, pour un quart seront blancs et auront des descendants blancs, pour deux quarts seront noirs, mais auront eux-mêmes 3 descendants noirs et 1 descendant blanc (1).

Cette disjonction au deuxième échelon filial peuvent s'observer dans une même portée, mais surtout ils apparaissent de façon éclatante, si on les étudie sur un grand nombre d'individus issus de portées différentes

Encore que les expériences de même ordre, entreprises dans les espèces animales par CUÉNOT et d'autres biologistes, réalisent quelque chose d'assez différent des conditions matrimoniales dans l'espèce humaine, puisqu'il y a, dans ces expériences, sélection artificielle et souvent union consanguine, il n'en est pas moins vrai que certaines maladies héréditaires se transmettent numériquement comme les caractères mendéliens ; les unes se transmettent comme des caractères dominants, les autres comme des caractères récessifs. Il va de soi d'ailleurs que pour apprécier ces faits, il faut tenir compte du facteur que représentent les croisements avec des lignées saines et de divers autres facteurs de perturbation.

Je renvoie les lecteurs français que ce sujet intéresserait au ivre de M. APERT.

Les constatations mendéliennes sont indéniables en tant que faits, que données statistiques, que proportions entre les bonnes chances et les mauvais risques. Mais est-ce à dire qu'elles apportent une lumière sur le mécanisme de l'hérédité morbide et de l'hérédité en général ? C'est ce que nous allons examiner maintenant, en voyant comme elles se raccordent aux théories de l'hérédité.

Deux hypothèses se partagent la faveur des biologistes qui ont étudié l'hérédité : les hypothèses du premier ordre se réfèrent à l'existence dans les cellules germinales de particules représentatives d'organes ou de caractères, et la lésion d'une de ces particules amènerait le développement vicieux de l'organe ou la modification de cette entité mystérieuse qu'est le caractère. Ces particules répondent, suivant les théories, soit à des formations bien connues dans l'architecture microscopique de la cellule, tel le noyau, tel le chromosome, soit à des formations hypothétiques (2).

A ces hypothèses microscopiques et ultra-microscopiques s'opposent les hypothèses chimiques. Il est intéressant de rappeler ici qu'une série d'expérimentations à amener SACHS à démontrer l'existence de substances organo-formatrices : par exemple la formation des fleurs et des fruits dépend d'une accumulation progressive des phosphates qui, normalement, sont en petite quantité dans le sol et que l'organisme accumule peu à peu, or si on donne à la plante des engrais phosphatés, fleurs et fruits apparaissent plus tôt. On peut envisager qu'une cause nocive agisse sur la composition chimique ou l'équilibre physico-chimique de la cellule germinale et que ce soit ce mécanisme qui préside à l'apparition du facteur anormal.

Le *premier groupe d'hypothèses* a pour ainsi dire conclu mariage non pas avec les constatations mendéliennes, mais avec les déductions néo-mendéliennes et ceci en vertu d'une tendance mystique qui est latente dans les cerveaux les plus rationnels, c'est à savoir la superstition des nombres. Il y a quelques décades, LACURIA écrivait un livre intitulé : *Les Harmonies de l'Etre exprimées par les Nombres*, qui est une très attachante synthèse métaphysique. Bien des biologistes, qui ignorent ce livre, sont, par une disposition naturelle de l'esprit, porté à raisonner comme LACURIA et à force de compter des caractères, ils ont glissé à chercher dans les cellules sexuelles des correspondants numériques à ces caractères. Un élément se trouvait là qui existe en un nombre donné pour chaque espèce : c'est le chromosome. Il n'en a pas fallu davantage pour établir des analogies numériques entre les chromosmes et les caractères héréditaires : tel chromosome est le support de tel caractère.

Il est possible que ce rapprochement soit exact : mais rien jusqu'ici ne prouve que les faits s'accordent avec cette hypothèse et je vous renvoie sur ce point aux critiques que RABAUD a fait de ces théories.

Dans les hypothèses chimiques, les constatations mendéliennes ne sont que la traduction du hasard, c'est-à-dire de la proportion entre les diverses possibilités que peut réaliser l'imprégnation héréditaire. La réalisation de ces possibilités peut se placer à diverses époques : peut-être dès sa naissance cellulaire, le gamète naît-il blanc, noir ou gris, peut-être aussi qu'au cours de son développement ou même aprés conjugaison, subit-il l'action de certaines causes ambiantes qui, unissant leurs effets à ceux de l'imprégnation héréditaire, créent telle ou telle des éventualités mendéliennes. Il n'est pas illogique de penser que ces causes ambiantes soient les mêmes que celles qui ont créé dans la lignée la tare héréditaire et qu'il y ait souvent « sensibilisation » par ce rappel de l'agent nocif.

Je voudrais à ce sujet rappeler une observation de BALLANTYNE qui me semble fort digne d'intérêt, car elle pourrait bien montrer qu'en créant un milieu humoral particulier chez la mère, on soit capable de mettre en échec une fatalité héréditaire. BALLANTYNE et BROOK ont rapporté l'histoire d'une femme qui saignait abondamment à ses périodes menstruelles et qui avait un frère et un oncle hémophiles. Elle-même avait eu deux enfants mâles qui avaient succombé à cette affection. Malgré que BALLANTYNE fût assez peu enclin à essayer quelque thérapeutique anténatale dans un cas aussi fatal, il préconisa au 6e mois de la troisième gestation un traitement énergique par le chlorure de calcium, le fer, l'arsenic et la strychnine. Or, l'enfant, qui vint au monde et qui était un garçon, n'eut aucun incident hémorrhagique.

RAPPORT DES MALADIES HÉRÉDITAIRES AUX DÉTÉRIORATIONS GERMINALES.

Il est infiniment vraisemblable que les deux groupes morbides étudiés dans cette leçon ne sont pas irréductibles l'un à l'autre et que, si des maladies héréditaires sont ancrées dans certaines familles, il y a eu un commencement à cela.

Le problème se ramène à celui de l'hérédité des caractères acquis, qui a été l'objet de nombreuses discussions et qui demande un examen attentif.

Il est aisé de dire que tous les Israélites devraient naître sans prépuce ou que toutes les Chinoises devraient avoir, congénitalement, le pied petit. Il s'agit là d'un caractère imposé à l'organisme et non d'un caractère acquis par lui. En réalité, il semble bien démontré qu'en réaction à certains facteurs anormaux agissant dans certaines limites d'intensité, des individus puissent acquérir un caractère qui se transmet à tout ou partie de leurs descendants. Le beau livre de M. RABAUD en contient de nombreux exemples empruntés à ses

(1) CONKLIN, qui est partisan de ces théories, s'exprime ainsi : « Un sérieux progrès a été réalisé dans l'identification de certaines structures des cellules sexuelles avec certaines unités héréditaires. »

(2) En réalité tous les cas d'hybridité expérimentale ne se rangent pas dans ces deux groupes : NAUDIN a pu décrire des cas d'hérédité disjointe, où les produits de première génération constituent une série continue allant de la personnalité d'un des parents à celle de l'autre. D'autre part, RABAUD a insisté sur la production possible d'hybrides stables, dont les mulâtres, dans l'espèce humaine, sont un bon exemple.

© BIU Santé

expériences et observations et à celles de STANDFURS, FISCHER, TOWER, PICTET, BORDAGE, SUMNER et autres.

Des faits de cet ordre se voient dans le domaine pathologique : GUYER et SMITH, injectant du sérum anticristallin à des femelles pleines, obtiennent des petits avec cataracte congénitale. Or, ces petits, sans être soumis à nouveau à la cause efficiente, donnent pendant six générations des descendants cataractés (1). La cataracte dans ce cas s'est « glissée » dans l'organisme par un mécanisme presque physiologique et c'est ce qui lui a permis de rester dans la lignée. Inversement une cause plus brutale donne des modifications non héréditaires comme dans une expérience récente de CUÉNOT, LIENHART et MUTEL : une lapine gestante ayant subi une ingestion de naphtaline (2), devient aveugle et donne naissance à 9 petits tous aveugles. Deux de ces petits, croisés à l'âge convenable, donnent une portée de 8 petits, tous à yeux parfaitement normaux.

L'accumulation des tares acquises au cours des diverses générations tend à réaliser des types morbides de plus en plus accentués dont certains peuvent s'accuser dans la lignée. C'est ainsi que dans les lignées où l'alcoolisme est en honneur, à travers les générations, on peut voir une première génération de nerveux, une seconde de fous et une troisième d'idiots avec malformations du crâne et des organes des sens. De même expérimentalement STOCKARD, par ce même agent, obtient de plus en plus de mises bas prématurées, de morts précoces et de monstruosités oculaires (3).

On conçoit qu'une telle multiplication des efferts nocifs arrive à créer un type morbide familial bien individualisé, qui se transmet ensuite héréditairement.

La consanguinité lorsqu'elle porte sur des sujets tarés permet aussi de réaliser une accumulation de tares qui peut devenir néfaste pour la descendance.

Il semble bien établi que *chez des sujets strictement sains et normaux, la consanguinité ne comporte aucun danger pour la naissance.*

Mais qui est, de façon assurée, strictement sain et strictement normal ?

Une tare avérée ou une tare ignorée qui se trouve chez deux consanguins et qui additionne ainsi ses effets devient la cause de certaines affections congénitales qui, à partir de la génération ainsi touchée peuvent ou non se comporter comme une maladie héréditaire : c'est ainsi qu'on observe dans ces conditions souvent la rétinite pigmentaire et la surdi-mutité. Il semble vraisemblable dans de tels cas de s'associer à ce que dit M. LEGENDRE de cette dernière affection, c'est à savoir que la consanguinité ne crée pas la surdi-mutité, mais qu'elle additionne les otites scléreuses. Cependant, il faut avouer qu'il s'en faut de beaucoup que les enfants, dont les pères et mères soient l'un et l'autre « durs d'oreille », sans être consanguins soient condamnés à être sourds muets

Il faut d'ailleurs se rappeler, lorsqu'on parle d'unions consanguines et, en particulier d'incestes, que ces unions ont souvent pour *primum movens* une impulsion anormale, dont il faut tenir compte quand on examine le produit de la conception.

(1) WIENINGER a publié récemment des observations analogues. Des œufs sont mis en couveuse en présence de bromure de radium. Leur incubation est plus courte de 4 jours que la normale ; les poussins naissent plus vigoureux que les témoins et croissent plus vite. Or, ces « phénomènes » pondirent des œufs, d'où naquirent d'autres poussins qui présentaient la même vigueur et la même précocité.

(2) 1 gr. 50 de naphtaline par kilogramme d'animal, dissoute à 20 pour 100 dans l'huile tiède, introduite dans l'œsophage par une sonde, la lapine étant à jeun. Le traitement comporte trois doses égales, données à des intervalles de 2 jours, à partir du 20e jour de la gestation.

(3) D'expériences récentes, STOCKARD a déduit que les lignées d'individus ainsi tarés s'éliminent peu à peu, mais que les lignées qui ont survécu malgré l'intoxication ont une valeur bien supérieure à celle des témoins. (Modification expérimentale du plasma germinal et son influence sur l'hérédité des facteurs acquis. *Proc. of the Amer. Phil. Soc.*, 1923, p. 311.

Le tubage duodénal,

Par **H. MAUBAN** (de Vichy),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

« Le champ des investigations rendues possibles par le tubage duodénal est très vaste et l'on peut dire qu'il n'a guère été que prospecté encore. La méthode est sans danger pour le patient ; elle est simple et facile à appliquer et, de plus, très clinique ; elle mérite d'être mieux connue et plus souvent appliquée ». C'est ainsi que nous terminions, en février 1921, un article sur le « liquide duodénal extrait par tubage direct », dans lequel nous avions condensé en une trentaine de pages de la *Revue de médecine*, l'ensemble des travaux qu'avait jusqu'alors suscités la méthode d'Einhorn.

Depuis cette époque, aussi bien en France qu'à l'étranger, le tubage duodénal a été essayé, puis adopté par de nombreux expérimentateurs qui l'ont simplifié et perfectionné ; d'ailleurs, la liste bibliographique des travaux publiés sur cette question, s'allonge chaque jour davantage. Aussi, pour en donner même un résumé, le cadre qui nous est assigné dans ce journal serait insuffisant. Force nous est donc de n'en donner qu'une vue d'ensemble en signalant les modifications que la pratique du tubage duodénal a montrées indispensables, et les perfectionnements qui en font aujourd'hui une méthode d'exploration d'autant plus intéressante qu'elle est unique en son genre et que rien ne saurait la remplacer.

INSTRUMENTATION.

Instrumentation. — Le tube d'Einhorn, dont on trouvera la description détaillée dans la monographie très complète que cet auteur a fait paraître en 1920, est un long tube de caoutchouc de 8 mm. de circonférence, de 1 m. de long, portant un repère à 40 cm. (cardia), un autre à 56 (pylore), et un troisième à 75 cm. (2e portion du duodénum). Il est terminé à une extrémité par une olive métallique creuse (14 mm. de long, 23 mm. de circonférence), percée de trous et pouvant s'ouvrir en deux en se dévissant. A l'autre extrémité s'adapte une pompe ressemblant à une seringue.

Mais ce tube et cette olive ne sont pas indispensables : avec P. Carnot, nous avons très longtemps utilisé, en guise de tube, un drain n° 3 en feuille anglaise n° 10, à la filière Charrière et nous remplacions l'olive métallique par une olive de verre très facile à fabriquer soi-même. Quant à la pompe, elle est avantageusement remplacée par une seringue en cristal de 10 ou 20 centimètres cubes.

Actuellement, avec Chiray, nous donnons la préférence à un tube de caoutchouc plombifère qui a les mêmes dimensions que le tube d'Einhorn, mais qui a la gros avantage de permettre le repérage sous l'écran radioscopique.

Préparation du patient. — Einhorn recommande de ne donner au patient que l'on doit tuber qu'une alimentation liquide (thé sucré sans lait, ou bouillon de bœuf léger) ; il est encore plus simple de faire le tubage à jeun, car le passage du tube provoque très souvent quelques efforts de vomissement. Il est préférable qu'ils ne soient pas suivis d'effet.

Déglutition du tube. — Pour la déglutition du tube, tout dépend de la bonne volonté du patient ; l'opérateur ne peut en aucune façon, ni l'aider, ni le contraindre, car la sonde est trop flexible et trop souple pour donner à l'olive qu'il faut déglutir la moindre impulsion. Il faut faire avaler l'extrémité du tube garnie de son olive comme une pilule, avec quelques gorgées d'eau ; seul l'isthme pharyngo-œsophagien est un peu délicat à franchir, mais, ce cap difficile une fois dépassé et le péristaltisme de l'œsophage aidant, le tube descend régulièrement d'abord dans l'œsophage, puis dans l'estomac.

Einhorn cependant a imaginé un introducteur, dont il se sert pour les patients pusillanimes, ceux qui ne peuvent avaler ni une pilule, ni un cachet, ou pour les malades qui présentent du spasme du cardia. C'est une longue tige flexible, comme celle dont on se servait autrefois, garnie d'une olive d'ivoire pour dilater l'œsophage ; à la place de l'olive se trouve une demi-

© BIU Santé

sphère creuse qui coiffe la partie postérieure de l'olive du tube d'Einhorn, et une fente sur le côté permet au caoutchouc de se placer parallèlement à la tige de l'introducteur. Tube d'Einhorn et introducteur ne font qu'un dans le mouvement d'introduction ; ils se séparent dès que l'introducteur revient en arrière.

Pendant le premier quart d'heure, il ne faut laisser déglutir que 60 cm., c'est suffisant pour permettre à l'olive terminale de se placer au voisinage du pylore ; en faisant déglutir une longueur de tube plus considérable on risquerait de voir le tube intra-gastrique s'enrouler sur lui-même et former des boucles ou des nœuds. Un peu plus tard, pendant la première heure, on laissera déglutir 75 à 80 cm. en tout ; il faut donc laisser 20 cm. en dehors de la bouche.

Position favorable.

Si, pour la déglutition de l'olive et du tube, la position verticale (le patient étant assis), est plus commode, il faut la faire changer pour la position horizontale en décubitus latéral droit dès qu'on présume que l'olive peut se présenter en face du pylore.

Le temps nécessaire au franchissement du pylore est variable : il faut, en général, une heure ou une heure et demie, mais avec des extrêmes de 30 minutes à 3 heures. Passé ce délai, il est préférable de remettre l'épreuve à une autre fois ; elle est d'ailleurs beaucoup plus facile au deuxième essai, parce que le patient redoute moins la déglutition, qu'il est plus calme, qu'il se contracte moins. Cependant, ces échecs sont l'exception et, sauf pour des patients pusillanimes et en dehors de toute sténose, il est rare qu'on ne réussisse pas à la première tentative pour peu qu'on soit patient, sinon adroit. Il est des cas cependant où l'obstacle est dû vraisemblablement à un spasme du pylore. Damade conseille alors de faire prendre au malade un peu d'atropine ou de teinture de belladone ou mieux encore, un peu de bouillie au carbonate de bismuth. Bien que la chose ne soit pas indispensable, on peut s'aider de la radioscopie. Le tube de caoutchouc plombifère et l'olive métallique terminale sont très faciles à repérer sous l'écran. La radioscopie, en précisant l'emplacement du tube et de l'olive permet de corriger une position défectueuse ou une boucle du tube ; elle permet surtout d'amener à la main, l'olive devant le pylore et de le cathétériser presque à coup sûr, en quelques instants. C'est ainsi que pratiquent presque journellement Chiray et ses assistants, lorsque le pylore est un peu long à se laisser franchir. Mais, nous le répétons, la radioscopie, qui rend de grands services, n'est pas indispensable et, en dehors des cas de sténose pylorique avérée ou présumée, nous n'avons jamais observé plus de 1 à 2 % d'insuccès dans le franchissement du pylore.

Détermination du point occupé par l'olive.

Lorsqu'on ne peut faire le tubage sous le contrôle des rayons X, il est de la plus haute importance de se rendre compte, au bout d'une heure environ après la déglutition du tube, de la situation occupée par l'olive terminale. Malgré ce qu'en disent certains auteurs, les renseignements suivants que donne le liquide extrait, à moins de cas anormaux et d'ailleurs exceptionnels, donnent une quasi certitude de la position occupée par l'olive.

Est-elle dans l'estomac : la seringue ramène sans efforts un mélange de salive déglutie et de suc gastrique d'aspect sale, accompagné de volumineuses bulles d'air. Ce liquide est acide au tournesol et bleuit le papier du Congo, décelant ainsi la présence d'acide chlorhydrique. Enfin, vient-on à faire boire au patient quelques gorgées de vin ou de lait, l'aspiration par la seringue les ramène immédiatement.

L'olive est-elle dans le duodénum : la seringue aspire avec difficulté un liquide muqueux, homogène, de teinte jaune d'or, quelquefois mousseux ; il est neutre ou alcalin et ne fait pas virer le papier du Congo. Cependant, dans certains cas d'acholie, ou lorsqu'il existe une occlusion des voies biliaires, le liquide ramené par la seringue est incolore ; c'est donc seulement par sa réaction alcaline et par l'absence d'acide chlorhydrique qu'on peut conclure que l'olive est bien intraduodénale. Ici également l'épreuve du vin ou du lait est utile, car lorsque l'olive a franchi le pylore le liquide dégluti reste dans l'estomac au moins dix à quinze minutes avant de passer dans l'intestin et d'être ramené par la seringue.

Pour répondre à certaines objections qui ont été faites aux caractères précités du liquide extrait, nous ajouterons qu'il est possible d'extraire du duodénum un suc jaunâtre muqueux et acide si, au moment de l'extraction, le pylore s'est entr'ouvert et a précipité dans le duodénum une partie du contenu gastrique ; ce liquide pourra même, si l'HCl gastrique est abondant, présenter une teinte verdâtre. Mais il suffit d'en être averti pour ne pas garder pour l'examen un tel liquide, il est indispensable d'attendre quelques instants que la sécrétion caractéristique s'installe.

De même, il est possible qu'un reflux du duodénum dans l'estomac y fasse momentanément pénétrer du liquide pancréatico-biliaire avec ses ferments, mais l'aspect seul du liquide extrait, qui est jaune pâle, sale, trouble et qui contient de l'HCl indique suffisamment que le pylore n'est pas encore franchi. Avec un peu d'habitude, on évite très facilement cette erreur d'interprétation.

Provocation de la sécrétion duodénale pancréatico-biliaire.

Dès que l'olive métallique a pénétré dans le duodénum, il se produit, de ce fait, une excitation de la muqueuse intestinale suffisante généralement pour faire refluer dans le tube le liquide duodénal, mais si la sécrétion tarde à s'établir, ou si elle est insuffisante, il est bon de la provoquer.

Jusqu'à ces dernières années, nous nous servions uniquement, d'une solution d'HCl dans de l'eau distillée, dosée de telle façon qu'elle puisse correspondre exactement à l'acidité normale de l'estomac à la fin de la digestion gastrique au moment de l'ouverture du pylore ; nous injections cette solution au moyen de la seringue dans le duodénum. Elle doit être faite lentement, car poussée brusquement, elle est très désagréable au patient, lui donne une « bouffée de chaleur » et peut même provoquer une syncope. Après quelques minutes d'attente, on aspire à nouveau et il est exceptionnel alors que la sécrétion ne s'établisse pas ; mais les premiers centimètres cubes retirés sont acides et troubles, les ferments pancréatiques y sont inhibés par l'acide chlorhydrique ; on ne les conserve pas ; il ne faut garder, pour en faire l'examen, que le liquide duodénal limpide, franchement neutre, ou même alcalin, qui ne tarde pas à apparaître.

Actuellement, pour provoquer la sécrétion duodénale, on utilise l'épreuve de Melzer-Lyon, qui consiste à injecter dans l'intestin, par la sonde, de 25 à 75 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie à 25 % ; on laisse agir quelques minutes, puis, on retire par aspiration la plus grande partie du liquide injecté, et une sécrétion bilio-pancréatique abondante s'établit.

C'est un auteur américain Melzer qui, le premier, décrivit le relâchement du sphincter d'Oddi et la contraction de la vésicule biliaire sans l'influence d'un cholagogue comme le sulfate de magnésie. Vincent Lyon, après lui, constata que l'injection duodénale de cette solution saline provoque une sécrétion duodénale particulière dont les échantillons recueillis à quelques minutes de distance sont dissemblables ; et, il les différencie en : bile A, recueillie tout d'abord, bile peu visqueuse, jaune d'or, qui proviendrait du cholédoque : bile B, épaisse, foncée abondante, qui proviendrait de la vésicule biliaire ; enfin bile C, plus pâle, claire, limpide — qui proviendrait des canaux hépatiques.

L'hypothèse de Vincent Lyon, quant à la provenance des divers échantillons recueillis successivement est difficile à contrôler, et n'est pas unanimement acceptée. Rouillard, dans un article récent de la *Presse médicale*, expose la controverse dans tous ses détails ; nous y renvoyons le lecteur. Quoi qu'il en soit l'injection de sulfate de magnésie augmente certainement la sécrétion duodénale ; on devra la mettre en pratique dans certains cas que nous spécifierons un peu plus loin.

© BIU Santé

Caractères physiques du liquide duodénal.

La quantité de liquide duodénal normal excrété pendant une heure sans aucun adjuvant sécrétoire serait d'après Sante Pisani de 40 à 70 centimètres cubes. Après HCl ou sulfate de magnésie suivant les cas, ces chiffres pourraient être largement doublés.

La sécrétion est peut-être continue, mais, du fait des contractions intestinales qui amènent le liquide à la sonde, elle paraît intermittente. L'aspect normal est limpide sans aucun louche, sauf quand un peu d'HCl gastrique vient s'y mélanger ; la couleur, variable d'intensité, est d'un beau jaune d'or, mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut varier du jaune pâle au jaune foncé. Sa densité est voisine de 1.008. Sa viscosité serait de 1,15 avec le viscosimètre de Walter-Hesse.

Sa *consistance* est sirupeuse, c'est un liquide épais, visqueux, souvent même filant ; son *odeur* est nulle ; sa *saveur* est particulièrement amère sur le premier moment, mais laissant au bout d'un instant un goût sucré. Sa *tension superficielle* est modifiée par le fait des sels biliaires qu'il renferme : un compte-gouttes étalonné donne une moyenne, de 38 à 40 gouttes au centimètre cube avec le suc duodénal, alors qu'il donne exactement 20 gouttes avec l'eau distillée.

Caractères chimiques.

Parmi les caractères chimiques du liquide duodénal, nous ne retiendrons que sa *réaction*, qui est nettement alcaline, souvent neutre, mais jamais acide, sauf dans quelques cas pathologiques comme, par exemple, dans l'incontinence pylorique. Le liquide duodénal contient enfin des pigments et des acides ou sels biliaires.

Les *pigments biliaires* donnent au suc duodénal sa teinte jaune plus ou moins accusée, leur recherche ne s'impose donc que dans le cas d'un suc à peine teinté. Ils peuvent être mis en évidence par la réaction de Grimber au chlorure de baryum, par la réaction de Gmelin à l'acide nitrique nitreux, par la cholémimétrie de Gilbert, Herscher et Posternack, par la réaction de Fouchet au perchlorure de fer et à l'acide trichloracétique, ou bien plus simplement encore par la transformation de la bilirubine en biliverdine, soit lentement par l'action de l'oxygène de l'air, soit plus rapidement par l'action de l'acide chlorhydrique.

Chabrol, Bénard et Gambillard, au moyen de la méthode calorimétrique, sont arrivés à doser très exactement la bilirubine du liquide duodénal. A l'état physiologique, elle oscille entre 1 pour 1.400 et 1 pour 7.000. Ces auteurs lui assignent une teneur moyenne de 1 pour 3.500.

Pour les *acides* ou *sels biliaires* (acide glycocholique et acide taurocholique), leur recherche est d'autant plus intéressante que rien ne permet à un examen superficiel de discerner leur abondance ; on doit les rechercher, soit par la réaction de *Pettenkoffer* (basée sur l'action des acides biliaires sur le furfurol qui prend naissance en faisant agir l'acide sulfurique sur la saccharose), soit par la réaction de *Hay* à laquelle nous donnons la préférence.

Cette réaction est basée sur la modification de la tension superficielle d'un liquide contenant des sels ou acides biliaires, modification telle que de la fleur de soufre, par exemple, saupoudrée à la surface de ce liquide ne tarde pas à s'immerger. Elle est surtout utilisée pour la recherche des acides biliaires dans les urines ictériques. C'est d'ailleurs le changement de la tension superficielle qui modifie le volume des gouttes de tout liquide contenant des sels biliaires ; le liquide duodénal n'échappe pas à cette loi générale, et lorsqu'il a ses caractéristiques normales, il donne au compte-gouttes étalon 38 à 40 gouttes au centimètre cube. Les gouttes du suc duodénal sont donc très petites, presque exactement moitié moindres que les gouttes d'eau distillée.

Mais bien que le nombre des gouttes au centimètre cube soit déjà une approximation de la richesse du suc duodénal en sels et acides biliaires, il est bon de compléter par l'épreuve suivante : on répartit une égale quantité d'eau distillée (10 cmc.), dans 10 tubes à essai rangés sur un porte-tubes ; dans le premier, on laisse tomber une goutte de suc duodénal, 2 gouttes dans le second, 3, dans le troisième, et ainsi de suite jusqu'au dixième tube ; un tube supplémentaire servant de témoin et ne contenant que de l'eau distillée sera ajouté à la série, puis, le mélange une fois bien assuré, on laisse tomber dans chaque tube une pincée de fleur de soufre. Celle-ci reste en tas dans le tube témoin, s'étale en surface dans les autres tubes et ne tarde pas à s'immerger et à descendre avec une facilité d'autant plus grande que le liquide a reçu un plus grand nombre de gouttes de liquide duodénal. Il est indispensable, si l'on veut obtenir par ce procédé toute la sensibilité désirable, de tenir le porte-tubes à la main et de lui imprimer de légères oscillations ressenties à la fois de la même façon par tous les tubes de la série, mais il ne faut pas quitter des yeux le tube témoin car des secousses trop violentes, qui y feraient « neiger » la fleur de soufre, fausseraient naturellement le résultat. Une simple lecture indique comme limite de la réaction le tube où la descente du soufre cesse d'être nettement visible.

Dans la normale, on obtient encore la réaction de Hay au tube 1 qui a reçu une goutte, c'est-à-dire 1/40e de centimètre cube de suc duodénal dans 10 cmc. d'eau ; c'est donc une dilution à 1 p. 400 ou à 0.25 p. 100, mais, dans certains cas anormaux nous avons, avec P. Carnot, trouvé la limite extrême à 1 goutte dans 500 cmc. d'eau et même dans 800 cmc. d'eau, ce qui donnait une dilution à 1 p. 20.000 et même 1 pour 32.000. Cette réaction est donc d'une extrême sensibilité.

Chabrol, Bénard et Gambillard usent pour le dosage des acides biliaires d'une méthode qui est basée sur le même principe. Sachant qu'une solution de glycocholate, à 0.50 par litre dans l'eau distillée donne au compte-gouttes de Duclaux. 120 gouttes par 5 centimètres cubes, ils diluent le liquide duodénal jusqu'à l'obtention de ce même nombre de gouttes et, se reportant à une courbe qu'ils ont établie, obtiennent par simple lecture, le taux de sels biliaires par litre de suc duodénal.

Enfin, tout récemment, Chiray et Benda, par une technique personnelle, et qui leur permet d'éliminer complètement les pigments biliaires ont déterminé la présence de l'urobiline dans le suc duodénal.

Ils ont constaté sa présence constante dans le liquide duodénal chez les sujets normaux.

Ses variations ne paraissent pas parallèles à celles de la bilurubine mais au contraire, l'urobiline duodénale et l'urobiline urinaire ont des fluctuations qui paraissent bien parallèles.

Caractères biologiques.

Les caractères biologiques du liquide duodénal lui sont communiqués par les ferments digestifs qu'il contient ; ceux-ci sont nombreux. Le suc duodénal, en effet, ne contient pas seulement un mélange de suc entérique, de bile et de suc pancréatique, il contient encore : 1° de la salive déglutie qui, émise avec sa réaction alcaline, est devenue acide pendant son séjour dans l'estomac, et va, à nouveau, dans l'intestin redevenir alcaline ; du suc gastrique qui lui aussi va être saturé par la sécrétion duodénale d'autant plus alcaline que le suc gastrique sera plus abondant et plus acide.

Le liquide duodénal mélange complexe. — Nous sommes donc en présence d'un mélange extrêmement complexe formé de salive, de suc gastrique, de suc entérique, de suc pancréatique et de bile. Le ferment salivaire (ptyaline) a été inhibé à son entrée dans l'estomac ; la pepsine aussi au moment de son entrée dans l'intestin, mais le lab gastrique, qui agit en milieu alcalin, reste actif encore. Nous y trouvons encore les trois ferments pancréatiques : stéapsine, trypsine et amylase, auxquels il convient d'ajouter le ferment invertif provenant de l'intestin, donc sept ferments en tout, dont cependant deux (ptyaline et pepsine) sont inhibés par changement de réaction ; mais s'ils sont inhibés, ils ne sont pas détruits, ils peuvent jusqu'à un certain point être réactivés, et causer des erreurs d'interprétation.

Tous ces ferments sont d'une très grande fragilité, car ce sont des ferments solubles, donc des ferments vivants. Certaines conditions physiques les inhibent, certaines subs-

© BIU Santé

tances chimiques les tuent. C'est d'abord la chaleur. En effet, si une température au voisinage de 37° est favorable à l'action des ferments pancréatiques, bien qu'elle ne soit pas indispensable, une température de 40 à 50° leur imprime une activité accrue, mais à 60°, ils sont presque complètement inhibés et à 70° ils sont détruits ; de là, l'impossibilité de stériliser le liquide duodénal par les procédés habituels ; on ne le conserve qu'à la glacière et encore pendant un temps relativement court.

Les antiseptiques, en général, tuent les ferments pancréatiques, particulièrement le sublimé, le formol, l'acide phénique et l'iode ; mais l'iode en combinaison avec l'amidon n'a pas d'action inhibitrice marquée sur l'amylase. Par exemple, un empois d'amidon transformé en iodure d'amidon par adjonction de quelques gouttes de teinture d'iode, non seulement se décolore rapidement par digestion de l'amidon si on y mélange une certaine quantité de suc duodénal, mais transforme l'amidon en glucose, malgré la présence initiale de l'iode et on met facilement en évidence cette transformation en faisant agir de la liqueur de Fehling sur l'empois ainsi digéré.

Les acides, en général, détruisent les ferments pancréatiques ; par exemple l'acide nitrique, l'acide sulfurique. Quant à l'acide chlorhydrique à faible dose, il inhibe seulement ; d'ailleurs, mis en présence du liquide duodénal, même en quantité très faible, mais suffisante pour acidifier, il précipite et donne un louche indicateur ; à forte dose, il tue ; il en est de même pour l'alcool.

Les bases concentrées, soude et potasse, ont la même action ; il suffit de quelques gouttes de lessive de soude dans 20 à 30 cmc. de liquide duodénal pour y détruire les ferments pancréatiques. Il en est par conséquent de même avec la liqueur de Fehling.

Retenons de ceci que le liquide duodénal est un mélange extrêmement complexe formé surtout de bile et de suc pancréatique riche en ferments. Ce sont principalement ces ferments pancréatiques (stéapsine, trypsine et amylase) qu'il faut mettre en évidence pour déterminer la valeur digestive du liquide.

Les ferments pancréatiques.

Dans un paragraphe précédent, nous avons montré par quels procédés se révélait dans le suc duodénal la présence de la bile avec ses pigments et ses sels ; pour démontrer maintenant la présence du suc pancréatique, nous allons passer en revue les différentes méthodes qui ont été indiquées pour mettre en lumière l'action des trois principaux ferments : stéapsine, trypsine, amylopsine.

Stéapsine. — La stéapsine ou lipase est le plus important des trois ferments pancréatiques, car son action, qui s'exerce sur les matières grasses, ne peut être suppléée par l'action d'aucun autre ferment, tandis que l'amylase peut, à la rigueur, être suppléée par la ptyaline, et la trypsine par la pepsine. Son action sur les corps gras est triple : 1° elle émulsionne les graisses et les maintient en état d'émulsion stable ; 2° elle accélère la fermentation butyrique ; 3° elle dédouble les matières grasses et les transforme en acides gras d'une part, en glycérine d'autre part et enfin en savons. Donc, pour démontrer la présence de la stéapsine, on est conduit à rechercher dans les résultats d'une digestion artificielle un de ces trois produits de décomposition.

Max Einhorn met dans un récipient 1 cmc. de liquide duodénal, 10 cmc. d'eau, 1 cmc. d'éthylbutyrate neutre, et 1 cmc. de toluène ; il porte à l'étuve à 40° pendant vingt-quatre heures, et au bout de ce temps calcule, à l'aide de la soude décinormale, l'acidité formée.

Cett e méthode peut être remplacée comme l'indique encore Einhorn par l'épreuve des tubes de Mette préparés de la façon suivante : on fait pénétrer à chaud, dans un mince tube de verre de 1 mm. 5 de section intérieure, une pâte composée de : huile d'olive 25, agar 2, et solution aqueuse de Nil bleu à 1 p. 2.000 Q.S. pour faire 100 cmc. ; on immerge dans le liquide duodénal et on laisse à l'étuve seize à vingt-quatre heures, après lesquelles on mesure d'une façon précise le changement de coloration survenu du fait de la formation des acides gras. Cette méthode à la fois qualitative et quantitative est suffisamment précise pour permettre un dosage rapide ; dans l'idée de son auteur, elle s'adresse au clinicien alors que la précédente s'adressait au chimiste.

Gaultier, Roche et Baratte recherchent aussi la formation des acides gras en préparant « une solution aqueuse de lécithine à 1 p. 50 ; on l'additionne de 1 cmc. de liquide duodénal et on porte à l'étuve à 37° pendant une heure. Cette émulsion est stable et donne avec le suc un mélange homogène. On titre l'acidité en présence de phénolphtaléine après addition d'un volume égal d'alcool absolu et on exprime le résultat en centimètres cubes de soude décinormale correspondant à un 1 cmc. de suc duodénal ».

Avec P. Carnot, nous avons présenté en janvier 1918, à la Société de Biologie, sous le nom de *plaques de gélose-graisse*, une méthode utilisant la saponification des graisses, qui est à la fois très simple et d'une très grande sensibilité. Elle est basée sur l'affinité des sels de cuivre pour les savons qu'ils colorent en bleu intense (savons de cuivre).

Produire par action de la stéapsine des savons aux dépens d'une graisse finement émulsionnée puis rendre ces savons visibles par l'action d'un sel de cuivre tel est le principe de la réaction.

Voici comment, il faut procéder : dans un matras de verre de 250 cmc., on mélange :

Quantité calculée pour garnir 4 boîtes de Pétri.

Gelée d'agar à 2 p. 100	40	grammes
Amidon	2	—
Saindoux	2	—
Eau	40	—

Le matras est alors chauffé doucement jusqu'à ébullition, mais sans qu'on cesse de l'agiter assez énergiquement. Lorsque l'émulsion de la graisse est bien homogène, on coule cette pâte encore chaude dans des boîtes de Pétri de façon à obtenir des plaques d'une épaisseur de 2 à 3 mm. C'est sur ces plaques refroidies et prises en gelée qu'on dispose avec une pipette très fine les gouttes du liquide duodénal à examiner. Après une heure d'étuve à 37° ou mieux encore après dix-huit à vingt-quatre heures à la température du laboratoire on peut voir, partout où la stéapsine a agi, des taches formées par un léger dépoli blanchâtre ; ce sont des savons. En versant alors sur la plaque de gélose-graisse une solution de sulfate de cuivre à saturation à froid, on obtient au bout de quelques minutes des taches de savon de cuivre d'un bleu intense qui tranchent d'une façon très nette sur la blancheur opalescente du fond.

Nous indiquons le saindoux comme graisse à utiliser, mais nous avons essayé toutes les graisses végétales ou animales comme le beurre, le lait, la végétaline, le beurre de cacao, le suif, la cire, etc. ; toutes donnent la réaction, mais, c'est le saindoux qui fournit les meilleurs résultats.

Pour avoir, avec ce procédé, une mesure quantitative de la stéapsine, il faut avoir recours aux dilutions successives de liquide duodénal dans l'eau distillée.

Voici comment on doit préparer ces dilutions : dans une série de 12 tubes à hémolyse (ou de verres de montre) on met : dans le premier 1 cmc. de liquide duodénal pur ; puis en ajoutant, dans le second, une égale quantité d'eau et de liquide duodénal, on prépare une dilution à 50 p. 100, on en reprend la moitié qu'on dilue d'autant d'eau pour avoir dans le troisième une dilution au quart, puis, dans le quatrième une dilution au huitième et ainsi de suite jusqu'au dernier tube, qu contient enfin une dilution au 2.048e d'où un pourcentage de 0,04 p. 100. Il suffit alors de diviser par un trait à l'encre, la plaque de gélose graisse en un nombre de cases suffisantes et d'y déposer les gouttes du liquide duodénal ainsi dilué. S'il est riche en stéapsine, il pourra supporter une dilution poussée jusqu'aux tubes extrêmes de la série sans cesser de produire sur la plaque de gélose-graisse les savons caractéristiques ; s'il est pauvre en stéapsine, il supportera avec peine les premières dilutions.

Dans la normale, on peut très bien suivre la formation des taches bleues jusqu'à la huitième ou neuvième dilution ; très souvent lorsque la stéapsine est hyperactive la réaction est

© BIU Santé

encore sensible à la 12e, mais lorsque le ferment est en faible quantité les taches beaucoup plus pâles cessent d'être visibles dès la quatrième ou cinquième dilution.

Damade fait agir le suc duodénal (1 cc.), sur le butyrate neutre d'éthyle ou éther butyrique pur émulsionné dans l'eau (1 cc. d'éther butyrique dans 9 cc. d'eau). Après une heure d'étuve à 37°, il dose par la soude décinormale l'acidité mise en liberté.

Chiray, Lebon et Milochevitch utilisent le procédé de Bondi : ils font agir pendant une heure à l'étuve à 39°, deux centimètres cubes de liquide duodénal sur 10 cc . d'huile d'olive, après avoir obtenu par agitation une émulsion parfaitement homogène. Après cette heure de digestion, ils ajoutent au mélange 60 cc. d'alcool à 95 pour éviter les phénomènes de dissociation, et titrent alors l'acidité formée au moyen de la soude décinormale. Ces auteurs considèrent qu'un liquide duodénal est normalement riche en stéapsine lorsque le nombre de centimètres cubes de soude N /10 employés est voisin de 50 à 60. Chiray et ses collaborateurs se contentent même de cette seule réaction de Bondi caractérisant la lipase comme test unique de la valeur du ferment pancréatique ; les autres ferments, dont nous allons parler un peu plus loin, n'étant pas spécifiques de la sécrétion pancréatique, car ils ont leur analogue : pour l'amylase, dans la ptyaline de la salive, et pour la trypsine dans la pepsine du suc gastrique.

Trypsine. — La trypsine est un ferment soluble qui a pour action de digérer les albumines et de les transformer en peptones ; elle a donc une action parallèle à celle de la pepsine avec cette différence qu'elle n'agit qu'en milieu alcalin. Pour la déceler, on est donc conduit à rechercher soit la digestion ou la disparition d'une albumine, soit la production des peptones, soit encore l'apparition d'une acidité supplémentaire due à la formation de ces peptones acides.

Cependant, si l'on fait agir à l'étuve à 37° du suc duodénal sur du blanc d'œuf, on n'obtient qu'un résultat très imparfait, car le cube d'albumine se gonfle, se dissocie et une mensuration ou une pesée ne saurait dans ces conditions donner aucune indication précise. Il en est de même si l'on essaye les tubes de Mette à l'albumine pure.

Einhorn, en 1910, indiquait comme test de la trypsine, la digestion du blanc d'œuf cuit, mais il ne tardait pas à abandonner cette réaction trop infidèle pour la remplacer par la digestion de la gélatine.

Gaultier, Roche et Baratte indiquent le procédé suivant : on prépare une solution de gélatine à 5 p. 100 qu'on neutralise et on porte une heure à l'étuve à 37°50 cmc. de cette gélatine après avoir ajouté 1 cmc. de suc duodénal, puis on titre à la soude décinormale : *a*) l'acidité directe en présence de phénolphtaléine ; *b*) l'acidité due aux amino-acides en additionnant le liquide précédent de 2 à 5 gouttes de phénolphtaléine, puis de 10 cmc. du mélange neutralisé : formol à 40 p. 100 et alcool à 90 à parties égales.

Pour nous, en collaboration avec P. Carnot, nous avons utilisé d'abord la digestion d'un fin précipité d'albumine dans l'eau, mais plus récemment, nous avons présenté à la Société de Biologie, sous le nom de *plaques de gélatine*, un autre procédé basé sur la digestion de la gélatine par ces dilutions successives du liquide duodénal dont nous avons déjà donné la technique à propos de la stéapsine. On coule dans une boîte de Petri environ 20 cmc. cubes d'une gélatine à 8 p. 100 et on laisse prendre en gelée. Si la gélatine est très pure, on peut la colorer avec une couleur basique pour rendre la réaction plus facilement visible, mais cette coloration n'est nullement indispensable. Par un léger trait, on divise la plaque en 12 cases dans lesquelles on place avec une pipette fine les gouttes du suc duodénal dilué, puis on laisse agir les ferments à la température du laboratoire pendant dix-huit à vingt-quatre heures. Sous l'action de la trypsine, les gouttes s'étalent et creusent des godets d'autant plus larges et plus profonds que les dilutions étaient elles-mêmes plus riches en ferments. Aussi ces godets sont-ils remplis en fin de réaction d'une bouillie demi- liquide qu'un léger courant d'eau doit entraîner. La limite de la réaction est indiquée par la case dans laquelle les gouttes ont cessé de creuser un godet plus large que la goutte initiale.

Dans la normale, on peut suivre l'action de la trypsine jusqu'au voisinage de la dixième dilution.

Amylase. — Semblable à la ptyaline salivaire, l'amylase ou amylopsine agit sur les amidons cuits et les transforme en glycose ou plus exactement en maltose et dextrine.

Si l'on part de ce principe que l'amidon est facilement décelable par l'iode qui s'y combine sous forme d'iodure d'amidon d'une belle couleur bleue, il devient facile de mettre en évidence la transformation et la disparition progressive d'un amidon attaqué par l'amylase, la coloration donnée par l'iode à un empois d'amidon devant pâlir parallèlement à l'action du ferment.

Dès 1910, Max Einhorn basait sur cette réaction la recherche de l'amylase ; il complétait un peu plus tard cette mesure uniquement qualitative en indiquant , avec Rosenbloom, le procédé de dosage suivant : dans 10 cmc. d'un empois d'amidon à 1 p. 100, on mélange 1 cmc. de suc duodénal, 1 cmc. de toluène et on porte à l'étuve à 40 jusqu'au moment où un témoin ne prend plus la coloration bleue par adjonction d'iode ; on arrête alors l'action du ferment par l'ébullition. Puis, la masse étant complétée à 50 cmc. par de l'eau distillée, on la laisse couler d'une burette graduée dans 10 cmc. de liqueur de Fehling titrée pour la maltose, et on calcule le nombre de centimètres cubes de l'empois digéré nécessaires pour obtenir la réduction complète de la liqueur de Fehling.

Comme procédé plus clinique, Einhorn indique encore le tube de Mette à l'amidon, composé d'une pâte d'agar 2,5, amidon 5, et eau Q. S. pour 100 cmc. Mis à digérer dix-huit à vingt-quatre heures à l'étuve à 37° dans du suc duodénal, le tube est alors repris et vidé de son contenu en poussant dehors la colonne d'agar-amidon. Celle-ci, mise au contact d'une solution iodée faible, montre une partie de sa longueur qui ne s'est pas colorée, l'amidon y ayant été digéré ; la longueur de pâte non colorée est mesure de l'action de l'amylase.

Gaultier, Roche et Baratte, s'inspirant de la méthode indiquée par Grimbert pour l'essai de la diastase officinale, dosent dans un empois d'amidon, la maltose formée par le suc duodénal, et établissent un pourcentage de l'amidon utilisé. Ce procédé rigoureusement exact a le défaut d'être un peu compliqué et de ne pouvoir être employé en clinique.

Avec P. Carnot, après avoir essayé d'une technique basée sur la décoloration de l'empois d'amidon teinté par l'iode, nous l'avons remplacée par la suivante : dans 10 tubes à hémolyse contenant chacun 2 cmc. d'empois d'amidon à 2 p. 1.000 et préalablement tiédi, on laisse tomber un nombre croissant de gouttes de suc duodénal en commençant par une goutte dans le premier tube, jusqu'à 10 gouttes dans le dernier, puis on porte cinq minutes à l'étuve à 37°, au bout desquelles, on arrête l'action du ferment en versant dans chaque tube 0 cmc. 25 de liqueur de Fehling de titre connu qui, en même temps, lui communique une teinte bleue et on porte à l'ébullition. Le sucre formé dans les tubes est d'autant plus abondant que le suc duodénal y a été ajouté en quantité plus grande, de sorte que si le tube qui n'a reçu qu'une seule goutte paraît habituellement inchangé, ceux ayant reçu 8, 9 et 10 gouttes montrent généralement une réduction complète de la liqueur de Fehling et perdent par conséquent toute couleur bleue. Le premier tube complètement décoloré, venant immédiatement après ceux où la réduction a été incomplète, indique la fin de la réaction avec une précision très grande car, connaissant le taux de la liqueur de Fehling employée, nous pouvons calculer quelle a été la quantité de suc duodénal nécessaire pour obtenir en cinq minutes la réduction de 0 cmc. 25 de liqueur de Fehling. On peut considérer comme normal tout liquide duodénal dont 6 ou 7 gouttes peuvent, en cinq minutes, fournir aux dépens de 2 cmc. d'empois d'amidon à 2 p. 1.000 assez de maltose pour réduire 0 cmc. 25 de liqueur de Fehling titrée à 1 cmc. = 0.005 mg. de glycose. Cette réaction, de même que celle de la trypsine sur l'albumine en précipité dans l'eau, a le gros avantage de donner très rapidement le pouvoir d'action des ferments ; nous ajouterons que les cinq minutes d'étuve sont amplement suffisantes, car l'amylase, comme nous avons pu nous en rendre compte dans de multiples essais donne les 95 /100e de son action pendant les cinq premières minutes .

© BIU Santé

Avec P. Carnot, nous avons aussi songé que nous pourrions appliquer à la recherche de l'amylase les procédés optométriques qui nous avaient donné avec la plaque de gélose-graisse pour la stéapsine, et la plaque de gélatine pour la trypsine, de si bons résultats, et nous avons préparé des *plaques de gélose-amidon* analogues aux plaques gélose-graisse, en voici la composition : amidon 2 gr., gelée d'agar à 2 p. 100, 2 gr., eau 20 gr. ; fondre au bain-marie et couler dans deux boîtes de Piétri.

Si, sur ces plaques, on dépose à la pipette les gouttes du suc duodénal dilué de la même façon que pour la plaque de gélose graisse, et si on laisse agir dix-huit à vingt-quatre heures à la température du laboratoire, on constate que, partout où l'amidon a été transformé en sucre, la plaque a perdu son aspect opalescent pour devenir légèrement transparente. Reste à prouver par une réaction colorée : 1° la disparition de l'amidon ; 2° la présence du sucre.

Pour montrer la disparition de l'amidon, on révèle l'une des deux plaques comme on ferait d'une plaque photographique en utilisant une solution iodée très faible (quelques gouttes de Gram dans 10 cmc. d'eau). Tout le fond de la plaque se colore en bleu intense tandis que, tranchant sur ce fond, apparaissent des taches claires correspondant aux gouttes du liquide duodénal dilué ; et elles sont d'autant plus claires et plus larges que le liquide duodénal déposé à leur niveau était plus actif et par conséquent moins dilué. Les premières taches, correspondant au liquide duodénal pur, sont blanches ; les taches suivantes se cerclent d'un anneau rose ou violet de plus en plus large formé par l'érythro-dextrine (transformation incomplète de l'amidon) ; enfin, les taches qui correspondent aux dernières dilutions sont du même bleu que le fond ; elles ne doivent pas compter pour la lecture de la réaction.

On peut se contenter de cette épreuve, cependant, il est préférable d'en faire la contre-partie en montrant, sur la seconde plaque semblablement impressionnée par le suc duodénal dilué, la présence du sucre.

Pour éviter l'action dissolvante de la liqueur de Fehling, nous nous servons du réactif de Folin qui est une liqueur de Fehling non caustique dont la formule est la suivante :

Carbonate de soude sec.....	40 grammes
Acide tartrique.....	7 gr. 50
Sulfate de cuivre.....	4 gr. 50
Eau	Q. S. (pour 1 litre).

On verse 2 ou 3 cmc. de cette solution sur la plaque de gélose-amidon et on porte au bain-marie pendant le temps suffisant pour obtenir la réduction des sels de cuivre. La réaction est très légère ; au lieu des taches rouge-orangé de la liqueur de Fehling, on n'obtient qu'une légère teinte jaune verdâtre, d'ailleurs assez fugace, car, en moins d'une heure, les taches révélatrices disparaissent, mais partout où on les aperçoit, on peut affirmer la présence du glycose.

Cette double épreuve des plaques d'amidon, l'une par la solution iodée, l'autre par la liqueur cuprosodique, est, comme le négatif et le positif d'une épreuve photographique, puisque l'amylase est révélée par la disparition de l'amidon dans la première, et par la présence du sucre qu'on devine dans la seconde, et l'on peut ici encore suivre l'action des dilutions successives jusqu'à la limite d'action facile à estimer, et qui donne le chiffre du dosage du ferment amylolytique. Dans la normale, ce chiffre est voisin de 1 p. 1.000.

Comment régler un examen du suc duodénal.

Nous venons de passer en revue un assez grand nombre de méthodes qui ont pour but de nous renseigner sur les caractérisstiques du liquide duodénal, elles ne peuvent toutes être essayées en même temps et dans les mêmes conditions, voyons dans quel ordre procéder à un examen.

Il y a d'abord des renseignements qui peuvent être recueillis immédiatement : 1° facilité d'extraction du liquide, nombre de centimètres cubes recueillis avant et après la sécrétion provoquée par HCl, ou par SO^4Mg, en un mot, épreuve de Melzer-Lyon et caractéristique de chacun des liquides recueillis avant l'excitation, pendant et après ; puis, caractères de rapidité et d'intermittence de la sécrétion.

Il faudra noter encore la couleur, la consistance, l'aspect, et la réaction alcaline neutre ou acide. Enfin, on fera intervenir le compte-gouttes qui donnera rapidement une indication de la richesse en sels biliaires, et une partie du liquide sera mis à la centrifugation pour déterminer la présence des cellules de revêtement de l'intestin ou des voies biliaires, des cristaux de cholestérine ou même des petits calculs biliaires que les contractions de la vésicule au moment de l'épreuve par le SO^4Mg pourraient avoir chassés dans l'intestin.

Si l'on veut connaître immédiatement le pouvoir digestif des ferments, on fera l'épreuve de l'amylase avec l'empois d'amidon dans les tubes à hémolyse ; elle n'exige que cinq minutes d'étuve. Cependant, elle n'est pas un test irréprochable, car la ptyaline salivaire pourrait prêter à confusion, aussi est-il préférable de s'adresser d'abord au réactif du ferment stéapsique qui est le seul à pouvoir caractériser sans confusion possible le suc pancréatique.

Faut-il agir rapidement pour connaître en une heure, le résultat de l'investigation, on s'adressera au réactif donné par les plaques de gélose-graisse, mais en portant, celles-ci à l'étuve pendant une heure au lieu de les laisser à la température du laboratoire pendant 24 heures ; ou bien, on mettra en pratique, comme le fait Chiray, la méthode de Bondi à l'huile d'olive.

Ces premiers renseignements donnés, on pourra parfaire l'analyse du suc duodénal par une des nombreuses méthodes indiquées plus haut.

Renseignements cliniques donnés par le tubage duodénal.

Tout imparfaites qu'elles puissent paraître encore, ces techniques sont cependant suffisantes pour donner des renseignements cliniques de la plus haute importance. N'ayant étudié dans cet article que le tubage duodénal, nous passerons naturellement sous silence tout ce qui, dans la méthode d'Einhorn, a trait à la fonction gastrique. Il faut lire son livre pour se rendre compte des résultats qu'on peut attendre du nouveau tubage et parmi eux nous citerons brièvement : l'étude du suc gastrique pendant toute la durée de la digestion, le diagnostic du siège de l'ulcus gastrique, l'étude de la perméabilité du pylore et sa dilatation.

Le tubage duodénal qui, maintenant a fait ses preuves, possède une valeur diagnostique indiscutable et, dans de multiples circonstances doit être mis en œuvre, car sa technique est facile, son innocuité est remarquable et les renseignements qu'il donne sont de la plus grande valeur.

Rappelons d'abord les renseignements qu'il est capable de donner en cas d'ulcus et la facilité avec laquelle il permet de localiser la lésion et le point exact du suintement sanguin. soit, en milieu acide contenant de l'HCl (ulcus gastrique), soit en milieu alcalin avec présence de liquide pancréatico-biliaire (ulcus duodénal). Nous avons même pu, avec P. Carnot, diagnostiquer une incontinence pylorique confirmée quelques jours après à l'occasion d'une intervention chirurgicale.

En cas de néoplasme, le sang plus abondant et des leucocytes très nombreux donnent souvent au liquide extrait une apparence de boue brunâtre (Damade).

Par l'étude des ferments pancréatiques, le tubage renseigne sur les troubles de sécrétion de cet organe, qu'il s'agisse d'hypo ou d'hyperactivité ou même de dissociation de l'équilibre réciproque des trois ferments, ce qui est assez fréquent ; il renseigne encore sur l'origine de certaines diarrhées d'origine duodénale, et peut confirmer dès leur début certains diabètes pancréatiques.

Mais le tubage duodénal est surtout de la plus haute importance lorsqu'il s'agit de distinguer le cancer de la tête du pancréas de l'occlusion mécanique des voies biliaires.

S'il y a cancer de la tête du pancréas avec occlusion du cholédoque à l'ampoule de Vater, le liquide duodénal, bien qu'alcalin est incolore, muqueux, homogène et naturellement très rare, puisque seules, les glandes intestinales sont en état de sécréter ; il n'y a ni bile, ni pigments, ni sels biliaires, ni aucun des ferments pancréatiques ; cependant, dans un cas, nous avons été trompé par un pouvoir amylolitique conservé qui était dû à de

© BIU Santé

la salive réactivée dans l'intestin ainsi que le démontrait la réaction d'un sulfocyanate alcalin.

S'il y a simple occlusion des voies biliaires, le liquide extrait est incolore, alcalin, homogène, mais les ferments pancréatiques y sont facilement décelables. Les cas les plus typiques ont été signalés par Carnot et Libert, par Rathery et Cambessédès et par Damade.

Dans les ictères en général, le tubage duodénal a donné à Chabrol, Bénard, et Gambillard de très utiles indications. Il est à noter que, sauf le cas d'occlusion absolue des voies biliaires même dans les cas d'ictère catarrhal intense, avec urines acajou et selles complètement décolorées, le tubage ramène presque toujours un liquide légèrement teinté de bile, et que cette bile s'y montre très riche en pigments, mais pauvre en sels biliaires ; les ferments pancréatiques y sont même généralement hyperactifs.

Dans les inflammations du tissu hépatique, dans les angiocholites, le liquide duodénal est souvent très trouble. La centrifugation y montre de nombreux leucocytes, et des éléments cellulaires agglutinés comme les cylindres des néphrites.

Dans les inflammations de la vésicule biliaire, la bile est souvent trouble, mais elle est surtout très foncée, quelquefois jaune verdâtre, et d'une consistance remarquable, si du fait de la cholécystite, une certaine stase avec résorption vient à se produire. Microscopiquement, après centrifugation, Chiray et Semelaigne y ont décelé des microbes à foison, de nombreuses cellules épithéliales provenant de la desquamation biliaire, des leucocytes en paquets des cristaux de bilirubinate de chaux et de cholestérine surtout abondants dans la cholécystite calculeuse où ils constituent par leur amas de petits calculs en miniature.

On peut aussi par le tubage duodénal connaître plus intimement que par aucune autre méthode la flore microbienne duodénale et bilio-pancréatique et .P. Carnot l'utilise couramment après les infections typhoïdiques pour vérifier le degré d'infection des voies biliaires par le bacille d'Eberth.

Il en est de même pour la recherche du bacille tuberculeux que Carnot et Libert, ont pu, dans certaines circonstances, caractériser dans le liquide duodénal.

Comme on le voit, les renseignements cliniques donnés par le tubage du duodénum sont nombreux et particulièrement importants, nulle méthode ne saurait donner autant de précision ; mais l'utilité de la méthode d'Einhorn ne se borne pas à cela et elle peut à juste titre intervenir encore dans la thérapeutique et dans l'alimentation intestinale.

On peut par la sonde duodénale faire pénétrer directement dans l'intestin des substances médicamenteuses sans traverser l'estomac, sans l'irriter ou sans courir le risque de voir ces substances se modifier au cours de la traversée gastrique. Toute médication qui ne doit être qu'intestinale devrait donc logiquement être pratiquée au moyen du tube duodénal. C'est localement la possibilité d'instiller dans l'intestin du sérum physiologique pour en effectuer le lavage ou une solution faible de nitrate d'argent, ou encore une bouillie bismuthée, ou même une solution antiseptique d'un métal colloïdal pour traiter rationnellement une ulcération des parois de l'intestin. C'est encore la possibilité d'agir sur une entérite amibienne par l'usage d'une solution d'arsénobenzol (Einhorn, Carnot et Blamoutier). C'est la possibilité d'agir sur la cellule hépatique par ce cholagogue intense qu'est le sulfate de magnésie, et d'activer la sécrétion du foie sans nuire à l'estomac ; c'est encore la possibilité dans les cholécystites calculeuses ou non calculeuses (Chiray) d'amener un véritable drainage non chirurgical des voies biliaires et l'élimination des boues biliaires dans la lithiase biliaire au début.

On s'est encore servi du tubage duodénal dans la grande stase intestinale par l'injection d'une solution savonneuse ; enfin, dans la grande aérophagie, le tubage de l'estomac par cette sonde qui peut rester à demeure de très longues heures, a permis à Carnot d'amener d'abord le soulagement immédiat, puis la guérison : l'air intra-gastrique étant chassé au dehors par la sonde avant que sa pression soit suffisante pour gêner le malade et provoquer les modifictations de sécrétion gastrique qu'il est indispensable d'éviter.

Mais ainsi qu'Einhorn l'a montré le premier, le tubage du duodénum est surtout précieux pour permettre, pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines de suite, l'alimentation d'un malade en excluant tout passage d'aliments au travers de l'estomac, du pylore, ou des premières portions de l'intestin. La sonde d'Einhorn est parfaitement supportée dans la généralité des cas et, mise en place, elle permet une alimentation liquide suffisante pendant la cicatrisation toujours longue d'un ulcus.

Récemment, Carnot et Libert ont guéri par ce procédé un cas très grave d'anorexie mentale chez une malade arrivée aux limites extrêmes de la dénutrition et pour laquelle toutes les thérapeutiques étaient restées impuissantes.

Le tubage du duodénum est donc une méthode très précieuse et qui, au point de vue diagnostique et thérapeutique, est appelée à donner des résultats de la plus haute importance.

Pour peu qu'on en ait un peu l'habitude, et la patience aidant, elle ne présente aucune difficulté. Elle est aujour'd'hui mise en pratique d'une façon courante dans de nombreux services hospitaliers où les échecs du cathétérisme sont, pour ainsi dire exceptionnels, et rend ainsi les plus grands services.

Bien plus, la clientèle payante commence à se laisser convaincre de son utilité et accepte de venir dans certains laboratoires hospitaliers pour se prêter au tubage.

Il est certain, et c'est là le gros reproche qu'on fait au tubage duodénal, qu'en clientèle, il est difficile au médecin de s'installer pendant une ou deux heures auprès de son malade pour le tuber, attendre le franchissement du pylore, et extraire le liquide duodénal ; mais, n'en serait-il pas de même au point de vue du temps perdu s'il devait s'astreindre à faire lui-même un Bordet-Wassermann, une constante d'Ambard, ou un chimisme gastrique ; et ces méthodes, du fait qu'elles sont compliquées, sont elles donc abandonnées aujourd'hui.

Le tubage duodénal est trop fécond en renseignements diagnostiques pour que son apparente complexité le fasse écarter, et nous sommes persuadés, qu'avant peu, nous trouverons dans les laboratoires de biologie ouverts à la clientèle payante une installation et un personnel éduqué et entraîné qui permettront de prescrire un tubage duodénal comme on prescrit aujourd'hui une prise de sang ou un chimisme gastrique.

BIBLIOGRAPHIE

Max Einhorn. — Articles parus dans le *Medical Record* du 10 février 1906, 9 octobre 1909, 15 janvier 1910.

René Gaultier. — Présentation d'une technique pour l'étude du chimisme duodénal. Soc. méd. des hôp., 5 juillet 1918.

Max Einhorn. — The duodenal tube and its possibilities. W. B. Saunders Compagnie, Philadelphie et Londres, 1920.

P. Carnot et H. Mauban. — Mesure qualitative de la stéapsine du liquide duodénal. *C. R.* Soc. de Biologie, 26 janvier 1918.

P. Carnot et H. Mauban. — Recherche clinique du ferment tryptique. *C. R.* Soc. de Biologie, 13 avril 1918.

Gaultier, Roche et Baratte. — Le chimisme intestinal étudié parallèlement par l'examen du suc duodénal... et par l'analyse coprologique. *Paris médical*, 9 août 1919.

Mauban. — Mesure qualitative et quantitative de la stéapsine et de l'amylase du suc duodénal. *C. R.* Soc. de Biologie, 7 février 1920.

Vincent Lyon. — Les voies biliaires et le foie peuvent-ils être drainés médicalement. *Amer. Journ. of méd. sc.*, octobre 1920.

Mauban. — Caractères biologiques et chimiques du liquide duodénal dans les ictères. *C. R.* Soc . de Biologie, 1er mai 1920.

P. Carnot. — L'examen fonctionnel du pancréas. *Journal médical français*, janvier 1921.

P. Carnot et Mauban. — Mesure quantitative des ferments pancréatiques du suc duodénal. *C. R.* Soc. de Biologie, 19 février 1921.

Mauban. — Le liquide duodénal extrait par tubage direct et les renseignements qu'il peut fournir en clinique. *Rev. de médecine*, mars 1921.

Damade. — Technique de l'alimentation duodénale. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 mars 1922.

Carnot et Libert. — Le goutte-à-goutte duodénal dans l'anorexie mentale. *Paris médical*, 1er avril 1922.

Damade. — Le tubage duodénal et sa technique, 25 avril 1922.

Damade. — Le tubage duodénal, ses applications au diagnostic. *Journal méd. de Bordeaux*, 10 mai 1922.

Damade. — Méthode pour l'examen chimique du liquide duodénal Soc. de Biologie, 2 mai 1922.

© BIU Santé

CARNOT et LIBERT. — Un cas de cancer de l'ampoule de Vater diagnostiqué par l'examen du suc duodénal. Soc. méd. des hôp., 3 juin 1922.

RATHERY et CAMBESSÉDÈS. — Le tubage duodénal dans les ictères chroniques. Soc. méd. des hôp., 10 juin 1922.

M. CHIRAY et G. SEMELAIGNE. — La cholécystite chronique non calculeuse. *Presse médicale*, 12 août 1922.

René DAMADE. — Le tubage duodénal. *Gazette des hôpitaux*, 26 août 1922.

CARNOT et GAEHLINGER. — Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères par rétention. *Paris médical*, 19 mai 1923.

CHABROL. — Le tubage duodénal en pathologie hépatique. *Paris médical*, 19 mai 1923.

CHIRAY, LEBON, MILOCHEVITCH. — La méthode de Bondi pour le dosage clinique de la lipase pancréatique dans le suc de tubage duodénal. Soc. méd. des hôp., 27 juillet 1923.

ROUILLARD. — Un nouveau procédé d'exploration de la sécrétion biliaire par le tubage duodénal. *Presse médicale*, 5 janvier 1924.

CHIRAY et BENDA. — Détermination qualitative de l'urobiline dans le suc duodénal. Soc. méd. des hôp., 18 janvier 1924.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

M. P. LEREBOULLET

Pronostic et traitement de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse de l'enfant.

Je vous ai exposé les caractères cliniques de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse chez l'enfant (1) ; ce n'est pas le plus souvent une maladie de la plèvre seulement, mais une maladie pleuro-pulmonaire, et les manifestations de la congestion pulmonaire sous-jacente ou des altérations du poumon liées à un processus tuberculeux en évolution provoquent un certain nombre de signes physiques, parfois des symptômes pseudo-cavitaires, ou tout au moins une association de râles et de souffles, qui peuvent tromper sur la présence et l'abondance de l'épanchement.

Je vous ai rappelé aussi que si le rhumatisme, si la pneumonie, si diverses maladies aiguës, telles que la rougeole, la scarlatine ou la diphtérie, sont à l'origine de la pleurésie dans un certain nombre de cas, le plus souvent c'est la tuberculose qui est la cause de la pleurésie aiguë de l'enfance, de même que pour l'adulte ; mais ici elle est plus grave, parce que, d'une part, elle coexiste avec une congestion pulmonaire, d'autre part, elle s'associe souvent à une adénopathie trachéo-bronchique évolutive, parce qu'enfin il est assez fréquent qu'une pleurésie de l'enfance soit la manifestation d'une tuberculose généralisée. Voici longtemps que le professeur Hutinel a insisté sur ce fait que la pleurésie de l'enfant n'a pas ce pronostic coustamment favorable que certains pédiatres lui avaient attribué.

C'est ce point que je désire étudier ; je laisse de côté, en effet, les pleurésies liées au rhumatisme, à la pneumonie, aux maladies aiguës telles que la rougeole ou la scarlatine ; celles-là peuvent avoir tendance à guérir spontanément.

Lorsqu'on a affaire à une pleurésie aiguë tuberculeuse constatée par la ponction exploratrice ou la ponction évacuatrice, chez un enfant, il faut distinguer le pronostic immédiat et le pronostic tardif.

Le *pronostic immédiat* dépend de deux facteurs. *Il dépend tout d'abord de la tuberculose causale et de son évolution.* Voici, par exemple, une pleurésie tuberculeuse frappant un enfant au-dessous de 2 ans, ce qui est exceptionnel : M. Hutinel en a observé toutefois quelques exemples, M. Nadal vient d'en voir un cas chez un enfant de 18 mois, qui a guéri. Généralement, cette pleurésie des jeunes enfants est liée à une tuberculose évolutive généralisée ; le pronostic immédiat est donc très grave.

(1) P. LEREBOULLET. — La pleurésie aiguë chez l'enfant. (*Progrès Médical*, 9 février 1924.)

Chez les enfants de 4 à 5 ans, la pleurésie est également l'expression d'une tuberculose généralisée ; non seulement l'adénopathie trachéo-bronchique est fréquente du côté de la pleurésie ou de l'autre côté, mais il y a des manifestations péritonéales ; c'est une pleuro-péritonite. Dans ce cas, il y a généralement une évolution assez rapide vers la granulie ; parfois une méningite termine la scène. Cependant, il y a des cas où la tuberculose peut s'arrêter, et la guérison survenir. J'ai vu, il y a un mois, une enfant, qui avait fait une pleurésie gauche, avec épanchement ; on avait retiré 700 gr., puis 500 gr. de liquide. En même temps que cette pleurésie, qui existait encore dans la région médiastino-diaphragmatique, l'enfant avait une congestion pulmonaire bilatérale depuis 15 jours, avec un gros foie, une fièvre irrégulière. Avec le docteur P. Rousseau, nous fîmes un pronostic très réservé. Néanmoins, l'enfant a guéri. Elle reste une tuberculeuse mais provisoirement sa tuberculose ne semble pas évoluer.

Par conséquent, il y a des cas dans lesquels la pleurésie de la seconde enfance, tout en s'accompagnant de manifestations pulmonaires tuberculeuses avérées, peut guérir.

Enfin, on peut observer des cas dans lesquels la pleurésie reste une manifestation isolée et guérit complètement. Je voyais récemment un enfant que j'ai soigné, il y a 4 ans, à l'âge de 8 ans, pour une pleurésie gauche à épanchement, accompagnée d'adénopathie trachéo-bronchique, vue aux rayons X ; très nette, et certainement suivie à ce moment d'une poussée évolutive pulmonaire. L'enfant a guéri sans incident, et sa guérison s'est maintenue.

Ainsi, entre 5 et 10 ans, la pleurésie est ordinairement associée à des lésions pulmonaires tuberculeuses ou à une évolution de tuberculose généralisée, mais elle peut quelquefois exister à l'état isolé.

Chez le grand enfant, la pleurésie se rapproche de celle de l'adulte, c'est-à-dire que, chez l'enfant qui a dépassé 13 ou 14 ans, on voit assez souvent des manifestations de pleuro-tuberculose primitive, survenant à la suite d'un refroidissement, par exemple, et qui, une fois ponctionnées, guérissent, sans qu'il y ait d'évolution tuberculeuse immédiate.

Néanmoins, dans tous les cas de pleurésie, vous devez tenir grand compte de la persistance de la fièvre, de l'existence de manifestations pulmonaires, et de la part possible de la tuberculose.

Un autre élément de pronostic, dans toute pleurésie, c'est le *volume de l'épanchement*, et le danger de mort rapide ou brusque. Mais ceci est précisément assez différent chez l'enfant et chez l'adulte. Je dois à ce propos vous rappeler certains principes trop souvent méconnus des médecins et très importants.

La pleurésie à épanchement entraîne dans un certain nombre de circonstances la *mort rapide* ou la *mort brusque*. Il y a un certain nombre de sujets qui sont pris de phénomènes d'asphyxie et succombent en quelques heures, sans qu'il y ait eu de ponction ni d'intervention quelconque.

Ce sont ces faits de mort rapide qui avaient frappé les anciens observateurs.

Ils se rapprochent des faits de mort subite à la suite d'une thoracentèse ou d'une simple ponction exploratrice. J'en ai observé, pour ma part, deux exemples : un jeune soldat présentait une pleurésie droite ; malgré mon conseil, on ne le ponctionna pas ; il succomba en quelques heures ; on trouva un volumineux épanchement dans sa plèvre qu'il eût mieux valu retirer.

J'ai observé un enfant qui avait une pleurésie droite évidente, associée à une maladie du cœur et à d'autres manifestations pathologiques. Devant l'importance de l'asphyxie et la gravité du cas, je me déterminai à faire une thoracentèse ; à peine celle-ci terminée, l'enfant succomba brusquement.

Ces types de mort sont toutefois infiniment moins marqués chez l'enfant que chez l'adulte.

Cette mort rapide, ce ne sont pas, comme vous pourriez le croire peut-être, les épanchements de la plèvre gauche qui en sont responsables d'ordinaire ; ce sont, au contraire,

© BIU Santé

ceux de la plèvre droite surtout qui la provoquent, ainsi qu'il résulte des statistiques de M. Leichtenstein, (34 droites et 21 ganches) de M. Weill, de Lyon, de Dieulafoy, de Roch, de Genève, pour lequel la proportion est de deux pleurésies droites pour une gauche.

Pourquoi cette *prédominance des pleurésies droites* ? Parceque la pleurésie droite, lorsqu'elle donne lieu à un épanchement abondant comprime la base du cœur, les gros vaisseaux de la base surtout, ainsi que l'oreillette droite, modifie l afflux du sang dans le cœur, et facilite la mort par syncope. De plus, elle peut provoquer facilement la lancée dans la circulation de concrétions des auricules et la production d'embolies cérébrales qui entraînent la mort.

Aussi, chez l'adulte tout au moins, un gros épanchement de la plèvre droite doit être ponctionné sans retard.

Il y a d'ailleurs une autre raison qui rend précisément la pleurésie droite plus dangereuse que la gauche. C'est qu'elle est communément méconnue quant à l'abondance de son épanchement.

Au contraire, lorsqu'il y a un épanchement de la plèvre ganche, vous pouvez assez facilement reconnaître qu'il est abondant. D'une part, il déplace la pointe du cœur ce qui, d'ailleurs, ne trouble pas beaucoup le travail cardiaque. Vous savez ce qu'est en radiologie le point G : il correspond à la jonction de l'oreillette et du ventricule gauche.

Eh bien, lorsque le cœur est déplacé, sa pointe tend à s'abaisser, et l'angle formé au point G tend à se redresser. Par conséquent, loin de troubler la circulation auriculo-ventriculaire, le déplacement de la pointe du cœur la faciliterait plutôt ; ce n'est que dans un très grand épanchement qu'il y a torsion complète du cœur et qu'il peut y avoir des troubles cardiaques.

D'autre part, alors que par la sonorité ou la matité de l'espace semi-lunaire de Traube, il est facile de déterminer l'abondance de l'épanchement dans les pleurésies gauches, dans une pleurésie droite, c'est beaucoup plus difficile. Vous n'avez pour vous guider que l'abaissement du foie, et dans certains cas l'épanchement se niche, pour ainsi dire, dans la région médiastino-diaphragmatique, et peut être considérable, sans provoquer de grands troubles. Mon élève, le Dr P. Rousseau, me citait récemment un cas où il a trouvé un épanchement énorme (qui a dépassé 3 litres) avec des signes physiques n'indiquant qu'un épanchement modéré.

Donc les pleurésies droites. chez l'adulte ou l'adolescent, sont plus dangereuses que les gauches, parce que plus communement méconnues comme abondance, parce que l'épanchement comprime la région de la base du cœur, et parce que la cage thoracique est moins extensible chez l'adulte que chez l'enfant ; ce dernier fait volontiers, d'ailleurs, de la respiration supplémentaire du côté opposé. Enfin le cœur, chez l'enfant, est généralement intact, or, il semble bien que la plupart des cas de mort rapide chez l'adulte soient en partie le fait des altérations cardiaques préexistantes ; nous verrons qu'il faut tenir compte de ces lésions également chez certains enfants qui succombent à la pleurésie par mort rapide.

La mort peut survenir chez l'enfant par inhibition réflexe, soit qu'il y ait eu une ponction exploratrice, ou une thoracentèse, soit encore, quelquefois, qu'il y ait eu simplement un faux mouvement de l'enfant.

West en a rapporté jadis deux exemples. Le premier concerne une enfant de 2 ans, présentant une pleurésie bilatérale, relativement peu abondante, à la suite d'une rhinite avec otite. Après 3 semaines, un matin, en voulant lever sa tête pour l'appuyer sur le sein de sa mère, elle mourut. On trouva 350 gr. de liquide dans chacune des plèvres. West rapporte de même le cas d'un garçon de 3 ans, qui souffrait d'oppression, de fièvre ; le diagnostic de pleurésie n'est pas fait. Il succomba. Les poumons, comprimés par l'épanchement, étaient presque complètement privés d'air. Sans doute les faits sont rares chez l'enfant. Sur 206 cas de pleurésies observées chez des enfants, Israël ne relève que 2 cas de mort subite, attribués, l'un à une paralysie du cœur, produite par compression, l'autre, à une embolie de l'artère pulmonaire, après thoracentèse et lavage de la plèvre.

M. Comby a publié l'observation d'une fillette de 8 ans entrée le 8 février 1906, aux Enfants-Malades, avec une pleuro-pneumonie ; elle fit un épanchement pleural. On retira par thoracentèse 1 litre de liquide séro-fibrineux ; 36 heures après, survient de la dyspnée, de la faiblesse et de l'irrégularité du pouls, et la mort rapide. A l'autopsie, on trouva une pleurésie séro-purulente gauche ; un caillot parti du cœur se prolongeait dans l'artère pulmonaire. La mort semblait due à l'altération cardiaque.

Enfin, il y a 2 ans, MM. Apert et Vallery-Radot ont publié une observation assez impressionnante.

Il s'agissait d'un enfant de 4 ans, qui mourut subitement au cours d'une ponction exploratrice, malgré la respiration artificielle. A l'autopsie, on trouva une pleurésie double, avec des lésions de myocardite, probablement d'origine diphtérique.

En effet, quelque temps auparavant, l'enfant avait eu une angine qui paraît avoir été une angine diphtérique méconnue.

C'est la loi de l'atteinte du cœur qui domine tous ces faits de mort rapide ; c'est elle, plus que le volume de l'épanchement, qui commande le pronostic à cet égard. Chez l'adulte, il y a un moyen très simple de juger ce facteur, c'est d'explorer la tension artérielle ; si vous constatez qu'elle est abaissée, il faut immédiatement soulager le cœur en évacuant quelques centaines de grammes de liquide pleurétique.

Chez l'enfant, la tension artérielle ne peut pas fournir de semblables renseignements, mais il est bon d'ausculter soigneusement le cœur, et, s'il paraît faible, la ponction évacuatrice s'impose.

Voilà donc un deuxième élément qui peut intervenir au point de vue pronostic : *le danger de mort rapide ou brusque, du fait de l'abondance de l'épanchement ou des lésions cardiaques.*

Il faut tenir compte aussi du danger *d'accidents consécutifs à la thoracentèse*. Celle-ci, faite mal à propos, peut faciliter l'évolution de la congestion pulmonaire sous-jacente à l'épanchement. Elle ne doit être faite qu'à bon escient et avec les précautions d'usage.

***

L'enfant a échappé au danger de la mort subite, la tuberculose a cessé son évolution, la pleurésie a guéri. Quel va être le *pronostic tardif* ?

Le pronostic tardif de la pleurésie aiguë chez l'enfant soulève les mêmes problèmes que chez l'adulte ; ils gravitent tous autour d'un point : la tuberculose va-t-elle évoluer secondairement à la pleurésie ?

Lorsque Landouzy a soutenu que les pleurésies dites *a frigore* étaient des pleurésies tuberculeuses, il a eu le grand mérite d'attirer l'attention des médecins sur l'évolution tuberculeuse secondaire aux pleurésies, et sur la nécessité de mieux surveiller l'avenir des enfants pleurétiques.

L'*avenir des enfants pleurétiques* est extrêmement variable parce que les uns font une tuberculose aiguë, et chez ceux là on ne peut rien.

D'autres font bien des manifestations parenchymateuses secondaires, mais celles-ci semblent avoir tendance à s'atténuer graduellement. Nous avons en ce moment deux malades dans nos salles ; l'un, que je vous ai montré la dernière fois, à la suite d'une pleurésie abondante, garde encore des manifestations parenchymateuses ; mais elles sont peu marquées, l'état général est bon, la fièvre tombe ; la guérison est probable.

L'autre, de même, présente des manifestations de corticopleurite gauche, consécutives à sa pleurésie, mais qui semblent en voie de régression.

Par conséquent, il y a des faits dans lesquels apparaît, secondairement à la pleurésie, une tuberculose évolutive, mais de courte durée, et qui semble guérir.

© BIU Santé

Il y a d'ailleurs, heureusement, des cas dans lesquels la tuberculose paraît ne pas évoluer à la suite de la pleurésie, et dans lesquels celle-ci, surtout chez les grands enfants, guérit sans laisser de séquelles. Je viens d'en citer un exemple, chez une fillette. Il y a 3 ans, un jeune garçon a fait une pleurésie droite assez abondante, il a été ponctionné par moi à deux reprises et a bien guéri ; il n'a plus actuellement aucun signe de tuberculose. Ces faits sont relativement nombreux, — et fort heureusement — ; dans la seconde enfance, notamment, il y a un assez grand nombre de pleurétiques qui guérissent complètement.

Eh bien, ces sujets sont-ils guéris complètement de leur tuberculose ; ou doivent-ils ultérieurement devenir tuberculeux.

A cet égard, il faut distinguer les faits, et il est très difficile de faire cette distinction. Il est certain qu'il y a un assez grand nombre de sujets qui ont été pleurétiques, et ultérieurement ne deviennent jamais tuberculeux. Un des exemples les plus nets que je connais, c'est un malade soigné jadis par mon père, alors médecin militaire à l'Ecole du service de santé de Strasbourg, vers 1868. Il s'agissait d'un garçon de 24 ans, élève à cette école qui avait contracté une pleurésie avec épanchement abondant, et à qui mon père put retirer 3 litres de liquide séro-fibrineux à l'aide du trocart de Reybard.

Il guérit complètement, devint médecin militaire, et j'ai appris qu'il est mort il y a 2 ans, âgé de près de 80 ans, sans avoir jamais souffert de tuberculose.

Il y a un assez grand nombre de cas semblables. C'est au point que Triboulet a pu parler de l'immunité relative des anciens pleurétiques et la rapprocher de l'immunité des scrofuleux, signalée par le professeur Marfan, à l'égard de la tuberculose pulmonaire ultérieure. C'est possible. Toutefois, il faut être extrêmement réservé dans l'appréciation de cette immunité, et, d'après Triboulet, on ne peut parler de guérison complète d'une pleurésie au point de vue de la tuberculose ultérieure, que lorsque trois ans au moins se sont écoulés sans qu'il y ait eu de manifestations secondaires.

Par conséquent si la pleurésie est guérie, vous n'avez pas le droit de dire que la tuberculose pulmonaire ne surviendra pas, avant qu'il se soit écoulé un certain nombre d'années. Il faut tenir grand compte de l'évolution des éléments suivants : de la *température* : l'apyrexie doit être complète ; du *pouls* : il doit être relativement lent ; du *poids* : l'enfant doit continuer à augmenter de poids. Sinon, méfiez-vous d'une évolution pulmonaire secondaire.

Vous avez un élément pronostique très précieux dans l'*étude radioscopique* ; elle vous montrera très souvent, à la suite d'une pleurésie, la persistance d'ombres traduisant une pachypleurite ; puis vous voyez au bout de quelque temps le poumon retrouver son intégrité. Toutefois, la radioscopie et l'anatomie pathologique démontrent qu'un sujet qui a fait une pleurésie tuberculeuse garde très souvent une lésion pleurale, un stigmate, une adhérence, un épaississement, sans parler des cas où il existe une symphyse pleurale manifeste.

En tous cas, retenez que les pleurésies aiguës de l'enfant, ou bien s'accompagnent d'évolution tuberculeuse immédiate, de pronostic grave, ou bien pendant un temps assez long présentent des séquelles pleuro-pulmonaires, notamment des cortico-pleurites, qui finissent par disparaître, ou bien enfin guérissent complètement, et paraissent donner au sujet une certaine immunité ; néanmoins, celle-ci est très relative ; ils restent quelquefois des tuberculeux latents et il faut leur prescrire des règles hygiéniques assez précises ; il est des sujets atteints de pleurésie dans l'enfance qu'il faut surveiller toute leur vie. Si la pleurésie de l'enfant ne doit pas effrayer, elle doit retenir l'attention et être longtemps et méthodiquement suivie.

***

Le *traitement* de la pleurésie de l'enfance doit s'inspirer des principes suivants : d'abord, le *repos*, car l'absence de repos, le mouvement, peut provoquer des accidents. Mais l'épanchement est, dans une certaine mesure, salutaire, il réalise une certaine compression du parenchyme pulmonaire qui s'oppose à la germination de la bacillose sous-jacente. Il ne faut donc pas souhaiter sa disparition trop rapide.

Le plus souvent, une pleurésie de l'enfant doit être observée et suivie, et ne doit pas être traitée trop hâtivement.

Néanmoins, il y a certaines médications qu'on peut employer : la révulsion par les ventouses sèches, la teinture d'iode, les sinapismes ; mais le vésicatoire, inutile et offrant une série d'inconvénients, doit être délibérément rejeté chez l'enfant.

Il faut mettre l'enfant au régime lacté, ou au moins à un régime lacto-végétarien, ne comportant l'emploi ni de la viande, ni des œufs.

Le régime déchloruré est assez mauvais chez les pleurétiques ; il y a longtemps que MM. Chauffard et Gouraud ont dit les mauvais résultats qu'il leur avait donnés.

Vous pouvez assurer la diurèse, diminuer le volume de l'épanchement, par l'emploi de la *théobromine*. Cependant, ni la théobromine, ni la scille, que Cadet de Gassicourt donnait aux pleurétiques sous forme d'oxymel scillitique, ne peuvent être considérés comme des médications ordinaires de la pleurésie.

On a conseillé le *salicylate de soude*. C'est un bon médicament chez les enfants atteints de pleurésie rhumatismale : faut-il le prescrire à l'enfant atteint d'une pleurésie tuberculeuse ? C'est plus discutable. Néanmoins, on peut en donner 3 à 4 grammes par jour au début de la pleurésie.

L'urotropine est utile pour aider la diurèse et à titre d'antiseptique interne ; mais elle est parfois mal tolérée.

Il y a un médicament dont on parle beaucoup et que j'emploie depuis 12 ans avec d'assez bons résultats, c'est le *chlorure de calcium* ; récemment le professeur Blum, de Strasbourg, l'a conseillé avec insistance et a inspiré à son élève Krummenacher un travail intéressant sur l'action du chlorure de calcium dans la pleurésie.

A dose élevée (10 à 12 gr.), il hâte la résorption de l'épanchement pleurétique.

On le donne par voie gastrique ou par voie intraveineuse ; la première seule est utilisable chez l'enfant, chez lequel on peut diminuer la dose et se borner à prescrire 2 à 4 gr. par jour de chlorure de calcium ; il est utile d'en masquer la saveur désagréable ; on peut par exemple, formuler cette potion qui m'a donné satisfaction.

Chlorure de calcium.....	10 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.....	àà 70 —
— de limon.....	
Alcoolat de citron.....	2 —

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

L'autosérothérapie a été employée selon la méthode de Gilbert, de Genève : on ponctionne le malade, on lui retire 3 ou 4 cmc. de liquide, qu'on réinjecte sous la peau.

Cette autosérothérapie pleurale paraît se heurter à nombre d'inconvénients, voire même, dans certains cas, à l'inoculation d'une tuberculose cutanée. Si j'en parle, c'est pour la déconseiller.

Quand l'épanchement paraît troubler le fonctionnement du cœur, augmenter l'asphyxie, la toux, la dyspnée, quand il siège à droite, il faut pratiquer la *thoracentèse*, avec l'appareil de Potain ou de Dugnet.

Rappelez-vous que c'est une petite opération qui occasionne toujours une certaine appréhension de la part du malade, que cette opération peut entraîner quelquefois des accidents réflexes. J'ai coutume, pour les prévenir, de faire au préalable, chez un grand enfant ou un adulte, un quart de piqûre de morphine, pour calmer l'excitabilité du malade. Chez le tout jeune enfant, au-dessous de 5 ans, on peut également diminuer l'excitabilité reflexe par une dose très faible de morphine, ou par une dose d'antipyrine ou de bromure.

Evacuez le liquide lentement, et n'évacuez pas à sec. Il faut toujours laisser une notable quantité de liquide, de façon à éviter les accidents de décompression rapide et les accidents cardiaques et pulmonaires secondaires (Comby). Ou bien on peut remplacer le liquide soustrait par une injection

© BIU Santé

d'air ou d'azote, selon la méthode de MM. Achard et Grenet, ou la méthode de MM. Vaquez et Tourainе, quand l'épanchement est considérable, ce qui est rare chez l'enfant.

Il faut se rappeler que la thoracentèse n'est pas absolument inoffensive. Elle peut entraîner dans certains cas la congestion *a vacuo* du poumon et l'expectoration albumineuse. Il faut donc faire attention, soutirer du liquide progressivement, s'arrêter à la première quinte de toux, retirer peu de liquide, et au besoin faire une injection intrapleurale d'air ou d'azote.

Le pleurétique guéri garde souvent une rétraction du thorax ; elle a été décrite par Laënnec, et dans son livre se trouve une figure représentant la scoliose post-pleurétique.

Ceci pose la question de la réamplification du thorax, de la gymnastique respiratoire, notamment par la spiroscopie, la méthode si précieuse de M. Pescher et les autres méthodes de rééducation respiratoire, chez les pleurétiques complètement guéris. Ces méthodes s'appliquent surtout aux pleurésies purulentes, aux pleurésies aiguës non tuberculeuses entraînant des déformations thoraciques, parce que dans celles-ci on peut obtenir la réamplification du thorax sans accidents. Il faut se méfier en revanche d'une rééducation respiratoire trop précoce dans les pleurésies tuberculeuses, encore qu'elle puisse être indiquée, lorsque les suites sont absolument normales.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

COURS DE STOMATOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Par M. le Docteur **FREY**,
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté

Complications de la carie du 4e (*Suite et Fin*)

Granulome et kystes radiculo-dentaires

DÉFINITION. Ce sont des productions d'aspect, de constitution et de symptomatologie variables, consécutives à l'arthrite apicale ou para-apicale du 4e ; cette variabilité est fonction des deux éléments fondamentaux de ces tumeurs : l'*élément épithélial* et l'*élément conjonctif*. Dans l'élément épithélial, c'est la fragilité cellulaire qui entraîne la *vacuolisation* et celle-ci est à l'origine de la formation kystique.

DÉVELOPPEMENT ET ASCENSION DE LA DENT.

SYNONYMIE. Jourdain, 1778 ; Delpech, 1828 ; Forget, 1840 (s'occupèrent surtout des grosses tumeurs) ; Magitot, 1872 ; Malassez et Galippe ; Rédier (de Lille) ; Coryllos ; Delater et Bercher.

PATHOGÉNIE. Théorie périostique de Magitot (son hypothèse de l'endothélium des vaisseaux) ;

Théorie épithéliale de Malassez (les 3 types cellulaires) ; (épithélium à l'origine TOUJOURS) ;

Granulomes de Rédier (théorie conjonctive d'abord, épithéliale ensuite) :
1° simple ;
2° avec bourgeonnement épithélial ;
3° abcédé avec ou sans travées épithéliales ;
4° kystique avec revêtement épithélial,
(d'abord néoplasie inflammatoire et secondairement prolifération épithéliale).

Dysembryoplasies épithéliales de Delater et Bercher : (théorie d'abord épithéliale)
« C'est l'enclave épithéliale embryonnaire qui est l'animatrice. »
« S'il n'y a pas pour recevoir les germes un épithélium tendu à l'ouverture du canal l'infection pourra bien se glisser dans le ligament alvéolo-dentaire et donner une arthrite, mais elle ne pourra produire un granulome. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Description macroscopique des granulomes : aspect extérieur ;
des kystes : aspect intérieur ; (*petits, moyens, gros* parois et contenu.)

Description microscopique

variabilité épithéliale (Delater et Bercher)
(loi de la métaplasie épithéliale) ;
cholestéatomes.

SYMPTOMES. *Période latente* : arthrite apicale ou para-apicale et granulome.
Période de déformation : (kyste) vestibulaire, lingual, nasal, sinusien, palatin.

MARCHE. Abcès, fistules.

DIAGNOSTIC. Y a-t-il arthrite apicale avec granulome ? clinique ; radiographie.

Y a-t-il kyste ? Diagnostic avec abcès, exostose, fibromes, dentome et adamantinomes solides, tumeurs malignes. Sinusite maxillaire.

Traitement des complications de la carie pénétrante (pulpe mortifiée)

(intéressant le médecin)

Arthrite subaiguë et aiguë : Chaleur, révulsion, scarifications profondes.
Arthrite suppurée : Aspiration, cathétérisme.
Arthrite chronique : Aspiration cathétérisme, pointes de feu profondes, apicales.
Fluxion : Chaleur. En outre, dans fluxion sublinguale : collargol.
Abcès : Ouverture, drainage.
Fistules : Traitement du trajet. Résection apicale. Curetages apicaux.
Hypercémentose : Résection alvéolaire pour l'extraction.
Adéno-phlegmon et ostéo-phlegmon : Ouverture. Pratique de Sébileau pour l'ostéo-phlegmon.
Trismus : Applications chaudes. Injections de novocaïne au 100e (anesthésie des nerfs massétérins et temporaux qui cheminent sur la face externe du muscle pterygoïdien externe (5 à 10 cmc.)
Exercices progressifs.
Granulomes : Traitement d'arthrite apicale.
Kystes : Petits : résection apicale et curetage.
Volumineux : décortication ; énucléation.

© BIU Santé

I. Lésions traumatiques des dents

Leur importance d'actualité (pendant et après la guerre)

Fissures de l'émail.

Fractures partielles des dents { superficielles ; près de la pulpe ou d'un canal radiculaire.

Fractures complètes { par la cavité pulpaire ; par un canal radiculaire.

Symptômes { Douleur. Sa valeur clinique. Hémorragie. Fractures dans les dents hypercalcifiées.

Marche et complications.

Fractures comminutives { Plusieurs dents atteintes. Eclatement des tisssus dentaires, alvéolaires et souvent maxillaires.

Contusions dentaires { Un choc / Un vice d'occlusion. } mortification pulpaire consécutive.

Lésions traumatiques de l'articulation alvéolo-dentaire.

Traumatismes septiques de l'articulation alvéolo-dentaire.
Contusion simple.
Luxation incomplète.
Luxation complète.

Usure { Usure physiologique ; Usure des préhistoriques (Pierre Bouvet). Usure par vice d'occlusion. Usure par des appareils.

Lésions dentaires consécutives.

II. Mortification pulpaire sans carie.

Symptomatologie constante { changement de couleur ; fistule.

Etiologie :

1° Gangrène d'origine vasculaire :

{ traumatisme brusque ; subluxation ; curetage sinusien ; sinusite ? / traumatisme lent ; polyarthrite alvéolo-dentaire.

2° Gangrène d'origine dyscrasique :

{ Intoxications ; Troubles de la nutrition ; Infections.

3° Gangrène d'origine nerveuse.

Pathogénie de l'infection { période aseptique. période infectieuse.

Symptômes fonctionnels : névralgies. Douleur à la mastication.

physiques { coloration (Archigène, Bourdet) ; diaphanoscopie (Jourdain) ; anesthésie dentinaire (moyens de la rechercher) ; radiographie.

Complications. — Toutes les complications de la carie (pulpe mortifiée en vase clos).

Traitement : dans les fractures partielles ;
dans les fractures complètes ;
dans les fractures comminutives ;
dans les contusions dentaires ;
dans les traumatismes articulaires (ligatures de réduction et de maintien) ;
dans l'usure ;
dans les mortifications. Le médecin créera et entretiendra la fistule.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1924

L'immunisation antidiphtérique par le vaccin T + A hyperneutralisé. — ***MM. Jules Renault et Pierre Lévy*** font part des résultats de l'immunisation antidiphtérique par leur vaccin T + A hyperneutralisé.

Depuis leur communication initiale, au cours d'essais successifs, ils ont augmenté progressivement le taux de toxine dans leur mélange dans le but de réduire le nombre des injections vaccinantes à deux et si possible à une (ils en pratiquaient trois au début).

Leur premier mélange contenait 12 diphtérotoxies et 12.500 antitoxies ; le dernier contient 300 toxies et 10.000 antitoxies.

Ces injections sont très bien supportées et ne déterminent que des réactions nulles ou très légères.

Les résultats ont été appréciés au moyen de la diphtérino réaction de Schick. Ils portent sur 300 vaccinations.

L'efficacité de la méthode peut être ainsi résumée :

L'immunité obtenue est durable. On savait qu'elle ne se produit qu'à la longue et s'établit d'ordinaire en 3 à 6 mois, dans quelques cas elle n'apparaît qu'après six mois à un an.

On peut obtenir l'immunité avec trois injections faites à une semaine d'intervalle dans la proportion de 80 à 90 % des cas.

La vaccination en deux séances donne 66 % de succès. Une seule vaccination immunise déjà dans 40 % des cas. Si l'on fait une revaccination 6 mois plus tard, la proportion des succès atteint 70 à 80 %.

Les recherches sont poursuivies pour déterminer le procédé auquel il convient de s'arrêter.

La paralysie générale serait-elle en diminution ? — ***M. R. Benon*** a constaté la diminution de la paralysie générale au Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes. Le pourcentage des cas de paralysie générale, pour la période de 1912-1923, par rapport au nombre total des entrées par année, est passé de 15 % (chiffre maximum) à 4 % (chiffre minimum) ; depuis 1919, il n'a jamais atteint 10 %. Le Dr Benon se demande s'il ne faut pas attribuer cette décroissance de la maladie à l'heureuse action des nouvelles thérapeutiques antisyphilitiques. A noter que si la paralysie générale diminue à l'asile, l'alcoolisme est en augmentation.

Transfusion du sang pur avec la seringue de Bécart. — ***M. Victor Pauchet*** a employé, pour les transfusions tantôt le sang pur, tantôt le sang citraté. Tout procédé de T. du S. doit éviter la coagulation du sang. Or, l'air, le verre, le caoutchouc, le métal, la provoquent ; pour l'éviter, il faut mélanger le sang avec du citrate de soude, ou couvrir de paraffine les corps avec lesquels le sang entre en contact.

La méthode de sang citraté, très pratique, est à vulgariser. L'injection de sang pur est préférable, puisqu'aucun élément étranger n'y est incorporé. La seringue de Bécart ne comprend aucun ajutage de caoutchouc ; métal et verre sont enduits de paraffine et celle-ci se renouvelle d'elle-même, dès que les frottements l'ont entraînée.

M. Pauchet a fait, pour vérifier les effets du sang pur, 200 transfusions : 100 malades ont reçu du sang citraté, 100 autres ont reçu du sang pur ; 30 des 100 premier sont eu un frisson ; les autres n'ont présenté aucune réaction ; ce qui montre la supériorité du sang pur.

Pathogénie du purpura hémorragique. — ***M. Mariano Castex.*** — C'est dans des lésions du système central qu'il faut rechercher la pathogénie du purpura. Dans deux cas de mort, l'autopsie a montré des altérations de la moelle.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 1er mars 1924.

Saint Hubert est un des Saints guérisseurs de la rage. — ***Tricot Royer*** nous résume l'histoire et les pratiques actuelles de cette therapeutique mystique. Ce culte date du IXe siècle. La légende veut qu'un homme atteint de rage fût entré dans l'église pendant que le saint prêchait et guéri par lui. D'autre part une autre légende rapporte qu'une étole a été imposée par un ange au saint, pendant son séjour à Rome. Cette étole garde le privilège de guérir les enragés. Une personne mordue, dès son arrivée à l'église de Saint Hubert, se rend à la trésorerie, qui contient toutes les reliques et dont la salle est séparée en deux par un prie-Dieu. Elle s'agenouille. L'aumônier de Saint Hubert lui taille le front avec un bistouri, extrait d'une boîte d'argent un fragment minuscule de l'étole, l'insère sous la peau, puis le recouvre de sparadrap et d'un bandeau noir avec trois lacs. Le mordu fait ensuite une neuvaine pendant laquelle certaines prescriptions évoquent les temps antiques, par exemple l'interdiction de se pencher sur les fontaines pour s'y mirer. Le 10e jour la bandeau sera brûlé.

Le « taillés » peuvent demander ensuite des « répits » pour les personnes âgés, les enfants qui ne peuvent venir. La coutume de la taille etait considérée comme orthodoxe par l'Eglise et approuvée des médecins. Un certificat était délivré dans ces termes à l'intéressé : « Je soussigné aumônier de Saint Hubert. certifie « avoir inséré une parcelle de la Sainte Etole miraculeuse dans « le front de X... » Des registres furent tenus jusqu'en 1868, puis dans la suite avec moins de soin — 3 personnes sont venues demander la taille en 1919. Depuis la découverte pastorienne, la vaccination a été pratiquée souvent parallèlement avec la taille de Saint Hubert Cette pratique s'est continuée sans interruption pendant près de mille ans. Les clefs de Saint-Hubert sont des marques au fer ou de véritables clefs terminés par un fer de lance. Elle doivent être rougies au feu et appliquées sur le front des animaux mordus. Mais il est interdit d'en faire commerce ou de les appliquer ailleurs que sur les animaux : la bête guérit ou meurt sans communiquer la rage. Les pains bénits le 3 novembre sont donnés aux gens et au bétail, mais cette coutume est ignorée à St-Hubert même, où le jeûne est recommandé à cette date. — ***Jeanselme*** s'étonne de la persistance de cette coutume et de sa non surveillance par la justice ; ce fait ne peut s'expliquer que par la difficulté d'entrer en lutte contre des traditions aussi bien enracinées.

J. Avalon nous apprend ensuite comment Mathieu d'Agello chancelier du Royaume des deux Siciles, soignait sa goutte ; d'après des miniatures d'un manuscrit de 1495. L'une représente Matieu d'Agello podagre, soutenu par ses deux femmes ; dans la seconde il est entrain de prendre un bain local de sang. Le sang humain faisait partie de la matière médicale dans l'antiquité. Pline, Celse, Dioscoride et plus tard Alexandre de Pralles le mentionnent.

Cette thérapeutique remonte peut-être à la légende d'Epidaure, qui veut qu'un homme blessé au pied par une oie fut guéri de la goutte, son orteil ayant été couvert de sang.

Bugiel, au cours de la lecture d'un roman grec du 10e siècle, a note pour nous quelques détails intéressants pour l'histoire de la médecine. Des consultations, un accouchement, des scènes d'enseignement médical y sont décrites tour à tour. Le maître est avec ses élèves au bord de la mer ; il se promène quand un cercueil arrive à la plage : il contient une jeune femme, qu'un des élèves examine, puis soigne parce qu'il soupçonne la mort apparente. Il la réchauffe, la ramène à la vie. Après avoir été prêtresse du temple de Diane pendant quelque temps, cette jeune femme retrouve son mari. Ce roman nous apprend que pour leurs diagnostics les médecins avaient à leur disposition à cette époque la palpation, l'examen du pouls, la recherche de la respiration, de la température du corps. Peut-être au IVe siècle certains faits avaient-ils amené dans les esprits inquiets la crainte d'être victimes des conséquences de la mort apparente, crainte qui les hantera longtemps encore.

JEAN VINCHON.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1924.

Les résultats tardifs des interventions pour ulcères perforés. — M. *Lecène* communique un travail sur les résultats tardifs des interventions pour ulcères gastriques perforés basé sur 9 observations. Il semble, à en juger par les constatations faites à l'écran et dans des opérations itératives, qu'il n'y a pas de différences notables entre les résultats obtenus par la suture simple et ceux que donne l'excision plus ou moins étendue. D'autre part la gastro-enterostomie, si elle est possible après fermeture de la plaie ulcéreuse, paraît utile, car la récidive est alors moins fréquente et, de plus, la récidive des accidents oblige assez souvent à la faire secondairement.

Mais il faut savoir que de graves complications peuvent survenir après des années de guérison apparente car on peut voir après dix ans et davantage, se développer un nouvel ulcère ou une ulcération peptique gastro-jéjunale.

Ce qui est surtout à conclure c'est que nos modes de traitement sont purement symptomatiques. Nous ignorons la cause réelle de l'ulcère gastrique et nous ne connaissons pas davantage le moyen de le guérir et d'éviter la récidive.

Transformation néoplasique d'un ulcère gastrique. — M. *Hartmann* rapporte une observation de M. Pauchet concernant un malade de 41 ans, dyspeptique ancien, et présentant tous les signes d'un ulcère gastrique. Opéré en novembre 1919 par M.P., on lui trouve un ulcère de la petite courbure à 4 cm. du pylore. Après cautérisation on fait l'excision du point ulcéré. La guérison se maintient un an puis les troubles reparaissent, mais contrairement à ce qui s'était produit au 1er examen on constate de l'hyperacidité. M. P. intervient et fait une gastropylorectomie. L'examen de la pièce montre un ulcère calleux simple. Mais l'examen histologique révèle la transformation cancéreuse des bords de l'ulcère. Ce cas, outre qu'il montre que la cautérisation, même avec gastro-entérostomie complémentaire est insuffisante à éviter la récidive, permet de saisir sur le fait la transformation cancéreuse de l'ulcère. Les ulcères cancérisés étaient autrefois considérés comme très fréquents. En réalité cette fréquence a été très exagérée.

Cancers du rectum et leur traitement. — M. *de Martel* rapporte trois observations de M. Motey concernant une technique d'extirpation abdominale des cancers haut placés du rectum un peu analogue à celle que M. Hartmann a conseillée. M. M. a employé trois fois cette méthode avec succès. Après établissement d'un anus cæcal, il intervient par l'abdomen, place deux clamps sur le rectum aussi bas que possible vers le cul-de-sac de Douglas après décollement latéral, puis incise le rectum et le décolle de bas en haut. Il ferme par un surjet le moignon anal restant et l'enlève ultérieurement ou le laisse en place.

Tumeur nerveuse de l'estomac. — M. *Gosset* fait un rapport sur une observation de M. Jean Berger concernant un cas de tumeur nerveuse développée sur la paroi de l'estomac et ayant donné lieu à de violentes hématémèses. Ces tumeurs, développées aux dépens des graines de Schwann, sont recouvertes par la muqueuse qui, distendue, s'ulcère et peut ainsi donner lieu à des hémorragies graves.

M. Berger a enlevé la tumeur avec la portion stomacale à laquelle elle adhérait et son malade a guéri. Plusieurs observations de ce genre ont été publiées déjà. Il s'agit d'ailleurs de tumeurs bénignes.

M. *Lecène*. — Ces tumeurs nerveuses ne sont pas les seules tumeurs bénignes qui peuvent donner des héma émèses. J'en ai observé de semblables avec un fibrome pur. Je crois que ces lésions vasculaires sont dues à la distension qu'amène peu à peu la tumeur qui a un développement très tent.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. *Gosset* rapporte deux observations de M. J. Berger concernant des cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, abordées par laparotomie transversale. Dans l'une il s'agissait de plaies multiples du grêle et du mésentère; dans l'autre d'une plaie du foie. Dans les deux cas l'incision transversal e a facilité l'exploration et a permis une réparation complète des lésions.

Un cas d'occlusion suivi de paralysie intestinale. — M. *Baumgartner* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Penot (Blois) concernant un homme de 71 ans atteint d'occlusion intestinale datant de 30 heures. L'intervention montre une bride qu'on sectionne. Amélioration passagère mais le lendemain les signes d'occlusion reparaissent. M. P. intervient à nouveau, ne trouve aucun obstacle, il fait une fistule cæcale. Après une courte amélioration les signes de paralysie intestinale reparaissent. M. P. fait alors par la fistule cæcale, et à travers la valvule iléocæcale un drainage du grêle qui amène la guérison.

Le mode de drainage employé mérite d'être retenu. Ces paralysies intestinales à la suite de laparotomies pour occlusion sont malheureusement assez fréquentes et sont dues aux manœuvres de l'exploration et de remise en place de l'intestin distendu. Aussi eut-il été préférable de ne pas intervenir une seconde fois et de se contenter d'une fistule intestinale sous-anesthésie locale sans traumatisme intestinale — l'obstacle étant levé.

Utérus didelphe et hématocolpos. — M. *Sauvé* relate l'histoire d'une malade ayant une volumineuse tumeur para-utérine prise pour un kyste de l'ovaire et qui était en réalité formée par une trompe, un utérus et un vagin doubles développés du côté droit, alors que la trompe gauche débouchait dans un utérus d'apparence normale et communiquant avec un vagin bien développé par lequel se faisait l'écoulement menstruel. Tout cet appareil génital dédoublé était rempli d'un sang noirâtre formait un kyste. En outre l'opération et ses suites montrèrent qu'il n'y avait qu'un seul uretère à trajet anormal et complexe.

M. *Marion* a eu l'occasion de voir et d'opérer un cas absolument identique.

Discussion sur la rachianesthésie (*suite*). — M. *Gernez* n'est pas partisan de la rachianesthésie et des méthodes d'anesthésie générale, surtout depuis la création des appareils de Ricard et d'Ombredanne lui paraissent très supérieures. Pour obtenir le silence abdominal, l'emploi du tube de Mayo lui paraît très précieux. L'emploi judicieux de la scopolamine diminue beaucoup les risques de la syncope du début.

M. *Thierry* est également partisan convaincu de l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme. La rachianesthésie n'est, à son avis, qu'un pis aller qu'on doit réserver à des cas exceptionnels. Bien des accidents attribués aux anesthésiques généraux sont dus à l'intervention elle-même et peut-être aussi à des anesthésistes inexpérimentés.

M. *de Martel* estime que la rachianesthésie est dangereuse Elle est cependant utile dans certains cas, lorsqu'il est absolument nécessaire d'obtenir un silence complet de l'intestin ce qu'elle donne mieux que toute autre méthode d'anesthésie. En cas d'accident il ne faut pas oublier l'utilité de la respiration artificielle très longtemps prolongée.

Radiographies de calculs rénaux et hépatiques. — M. *Duval* présente une série de radiographies montrant l'utilité des radiographies de profil pour la localisation et la différenciation de calculs du rein et de la vésicule.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 février 1924.

Dartigues présente un film sur les greffes testiculaires du singe à l'homme, pratiquées par Voronoff avec sa collaboration. Ce film montre deux procédés de greffage : extra-vaginal à droite, intra vaginal à gauche.

Traitement du cancer du rectum. — M. *Victor Pauchet*. — L'amputation du rectum doit être faite par la voie abdominale

© BIU Santé

si le malade est résistant. Dans les autres cas il faut faire l'extirpation par voie sacrée.

L'opération se fait en deux temps : anus iliaque d'abord, puis extirpation un mois plus tard. Les anus avec plastiques cutanées suivant la méthode de Lambret ou Cunéo, ne doivent être faites que sur des sujets résistants ou bien après l'exérèse.

M. *Luquet*, au nom de M. *Latronche* (de Poitiers), rapporte le cas d'un homme de 35 ans qui depuis plusieurs semaines présentait des troubles d'obstruction chronique du grêle avec crises aiguës. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une invagination du grêle causée par un polype. Le traitement a consisté en une désinvagination, une résection de la portion de l'intestin sur laquelle siégeait la tumeur implantée par une large base et un rétablissement de la continuité intestinale par anastomose bout à bout. Suites normales. Résultat éloigné, au bout de plusieurs mois, excellent.

Radiothérapie et chirurgie du cancer. — M. *Aubourg*, à propos du délai à observer entre les actes chirurgicaux et les opérations radiologiques, expose les raisons locales et générales motivant un délai de *trois semaines* entre la fin de l'acte radiologique et une intervention secondaire dans la zone irradiée. Opérer plus tôt, ce serait risquer que la stérilisation des tissus ne soit pas encore achevée, que l'œdème primitif gêne l'acte opératoire et surtout que la peau, à peine remise d'une radio-épidermite, soit moins bien armée contre l'infection. Opérer plus tard, ce serait risquer que l'organisation scléreuse post-radiothérapique ne crée des difficultés de dissection. Il convient aussi que le malade, sorti du mal des rayons, présente une formule sanguine et une excrétion hépatico-rénale qui ne soient pas une contre-indication chirurgicale.

Colectomie primitive dans les cancers du côlon. — M. *Paul Delbet* a opéré avec succès durable deux femmes atteintes, l'une de cancer de la deuxième moitié du transverse, l'autre de cancer adhérent de la première portion de la sigmoïde, sans obstruction, par la méthode de la résection primitive avec fistulisation *in situ* et fermeture secondaire de la fistule. Il expose les avantages de cette méthode, infiniment moins grave que la colectomie primitive avec entérorraphie circulaire immédiate, moins mutilante et moins dangereuse que la colectomie segmentaire, opération qu'il faut réserver aux cancers du côlon ascendant et de l'angle hépatique supérieur, même à la résection avec anus préliminaire, car elle va droit à la lésion, permet de reconnaître son étendue, ses connexions, ne laisse pas à la tumeur le temps de s'étendre, à la dénutrition et à l'intoxication la possibilité de s'aggraver, n'exige aucune suture intra-abdominale et s'exécute aseptiquement.

On se met à l'abri du danger résultant de l'infection primitive de la tumeur, en pratiquant, dès l'opération, la sérothérapie antigangréneuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du Samedi 23 février 1924

Traitement des bartholinites par le rayonnement total du radium. — *MM. Lacapère et Galliot* montrent que ce procédé agit en provoquant un puissant appel leucocytaire et une augmentation de la sécrétion de la glande qui balaye mécaniquement les micro-organismes, grâce à l'emploi des rayons « éliminés dans le rayonnement filtré. Ils ont employé le nittium, association de radium, d'uranium et de polonium, permettant d'écourter considérablement le traitement.

Jeûne thérapeutique et autointoxication. — M. *Nattier* a guéri par une cure de jeûne de 15 jours, une femme de 43 ans obèse, atteinte de troubles gastro-intestinaux, avec somnolence invincible et graves désordres utéro-ovariens.

Gastrectomie pour ulcère du jéjunum. — *M. Pauchet* présente une pièce de gastrectomie pour ulcus jéjunal ayant provoqué des hémorragies terribles : les ulcérations sont très petites. L'ulcère ne guérit jamais médicalement. Le seul traitement est la gastrectomie large (15 guérisons sur 17 cas).

Malades traités par le collo-vaccin. — *M. Grimberg* présente une adénite cervicale suppurée et une fistule anale très profonde, cliniquement guéris par son extrait bacillaire colloïdal.

Le calcul des glandes vulvo-génitales. — *M. Legrand* présente un calcul d'une glande de Bartholin dont la forme et les dimensions confirment les données anatomiques de nos classiques. Il montre l'analogie qui existe entre la formation de ce calcul et ceux des glandes salivaires. Il explique sa formation par une réaction inflammatoire à l'orifice du canal excréteur.

Pathogénie des diabètes et insuline. — *M. Leclercq* pense que l'insuline blanchit les diabétiques, mais ne les guérit pas. Le diabète, pour lui, résulte avant tout de l'effort que fait le foie glycogénique pour éliminer à l'état de composé sucré les restes de l'alimentation carnée.

Mastopexie. — *M. Dartigues* présente un procédé pour remédier aux premiers degrés du prolapsus mammaire, caractérisé par la cicatrice cachée dans l'aisselle et la fixation du prolongement axillaire de la glande au grand pectoral.

A propos de la théorie de Malthus. — *M. Smester* montre que les deux principes de Malthus : la population croît en proportion géométrique, l'aliment croît en proportion arithmétique, sont faux, et ne sont pas des lois. C'étaient simplement des armes de guerre contre la puissance de la France à cette époque.

Quelques considérations sur les kystes des os. — *M. Rœderer* rappelle les caractères essentiels des kystes solitaires des os, affection bénigne, rare, évoluant sur l'épiphyse des os longs chez les enfants jeunes. Il discute les différentes pathogénies proposées et pense qu'il s'agit d'une ostéomyélite larvée de forme anormale.

Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire. — *M. Mawas* présente au nom de *M. Kfouri* une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par injection intraveineuse d'un plasma hypertoxique polyvalent, basé sur le fait que la résorption des diverses toxines tuberculeuses est capable de vacciner la totalité de l'organisme en créant des anticorps spécifiques.

H. DUCLAUX.

Une opinion sur Knock. — On a beaucoup parlé ces temps derniers de *Knock*, cette pièce où M. Jules ROMAINS laisse un peu trop transparaître le souvenir amer qu'il garde du peu encourageant accueil que les médecins ont fait à ses théories de physiologie oculaire. Les critiques, ont célébré à l'envie la valeur de *Knock*. D'après M. Claude Berton (Les Marges, 15 février 1924) ce n'est qu'une très grosse farce. *Knock*, comporte trois scènes. « La première, vente de la clientèle du Dr Parpelaid au Dr Knock, et profession de foi de Knock, charlatan décidé à se servir de tous les moyens de terrification dont peut user un médecin pour faire fortune. Deuxième scène, l'application de ces moyens par Knock. Entente avec le pharmacien et développement du système. Schéma au tableau noir, planches histologiques, etc., et le même truc employé avec tous les clients : « Il n'est que temps de vous soigner. Mettez-vous au lit ». Troisième scène : Knock a mis au lit la moitié du canton. Il a transformé l'hôtel du pays en maison de santé. Il est considéré comme le bienfaiteur du pays. Le Dr Parpelaid vient voir où en sont les choses pour son successeur. Knock l'impressionne à un tel point qu'il le met au lit à son tour. La toile tombe sur le triomphe de Knock.

Et c'est tout, *Knock* est une grosse, une très grosse farce, effroyablement chargée et qui fait peut-être illusion à cause du sérieux alourdi de son dialogue, opposé à la folle invraisemblance des personnages et de l'action. Il n'y a là qu'une pochade, heureusement très brève, aux effets peu variés, mais très appuyés. Quant à la portée satirique, on la cherche.

La satire pour porter vraiment doit cingler des travers et des vices courants, manifestes, insolents. Son outrance devient une arme de l'opinion publique, et, Dieu sait aujourd'hui qu'elle a des occasions d'exercer sa verve. Puisque Jules Romains paraît en humeur de présenter au théâtre les caractères de ce temps, que n'a-t-il choisi, au lieu du cuistre, le politicien, administrateur de banque, c'est une figure assez odieuse, et, au lieu du médecin, le lanceur de spécialités pharmaceutiques, autre dangereux exploiteur de la crédulité. Ce sont des physionomies du jour. »

© BIU Santé

PHYTOTHÉRAPIE

Les propriétés thérapeutiques de quelques plantes encore inemployées.

La phytothérapie, ou la thérapeutique par les plantes, n'a pas seulement donné un vocable scientifique nouveau à des méthodes désuètes. Elle a réhabilité la médecine des simples, en la débarrassant de vieilles légendes qui en avaient défiguré les effets et en l'étudiant scientifiquement avant d'affirmer l'efficacité remarquable de nombreuses substances végétales, quand elles étaient employées sous leur forme intégrale (sucs, extraits, teinture alcoolature) et non pas à l'état d'alcaloïdes, glucosides ou autres principes isolés résultant d'opérations chimiques susceptibles d'en modifier la nature.

La phytothérapie possède dans son arsenal des agents thérapeutiques très actifs que tous les praticiens apprécient et formulent déjà journellement, tels que la digitale, la belladone ou l'ergot de seigle, mais combien d'autres sont encore ignorés ou méconnus.

Depuis plusieurs années le professeur Pouchet s'est efforcé de réhabiliter auprès du Corps médical la thérapeutique par les simples et avec lui le docteur Henri Leclerc, dont la communication à l'Académie de Médecine et le Précis de phytothérapie, édité chez Masson, ont remporté un retentissant succès dont la grande presse s'est émue, et redonné un regain de jeunesse et de faveur à ces recherches et à cette thérapeutique.

Ils ne furent pas les seuls. Dans plusieurs laboratoires furent entreprises des études et des analyses de diverses plantes encore inemployées et les expérimentations cliniques faites dans les services hospitaliers sont venues confirmer les données fournies par ces laboratoires.

C'est ainsi que j'ai été appelé à suivre avec un intérêt très vif les recherches entreprises au laboratoire de Lancosme et les divers travaux qui ont abouti à mettre en lumière les propriétés particulièrement actives du berberis, du thlaspi et du cupressus dans toutes les maladies du système veineux, à la condition toutefois que ces plantes soient employées en totalité, telles qu'elles existent à l'état naturel.

Les deux alcaloïdes, berberine et oxiacanthine, que renferme le berberis, avaient été employés en thérapeutique, il y a quelques années, l'oxiacanthine par Schroff comme stimulant de la sécrétion salivaire, la berbérine par Buchner et Capland comme cholagogue. Lancosme a montré que l'extrait hydro-alcoolique d'épine-vinette donnait encore d'excellents résultats comme anti-métrorragique : stimulant neuro-musculaire, il augmente le tonus de la paroi veineuse et facilite la circulation tout en arrêtant les métrorragies dues à l'atonie des parois vasculaires.

L'action du berbéris peut être comparée à celle de l'hydrastis canadensis, mais le berbéris devrait toujours lui être préféré non seulement parce que l'hydrastis est un produit exotique dont les modes de culture et de récolte sont inférieurs aux nôtres, mais parce que le berbéris possède une énergie médicamenteuse supérieure.

Le thlaspi, ou « bourse à pasteur », avait été employé contre les hématémèses par Bernard de Gordon qui lui avait reconnu des propriétés coagulantes fort intéressantes. Tragus et Mathiole l'avaient conseillé contre les métrorragies. Et c'est, en fait, un merveilleux régulateur du flux menstruel, dont l'emploi même prolongé ne provoque jamais aucun trouble congestif. Il agit un peu à la façon de l'hydrastis, mais son action est moins brutale et plus soutenue.

La noix de cyprès (cupressus) est un vaso-constricteur puissant, dont l'action thérapeutique a été remarquablement étudiée par H. Leclerc en 1919, dans le *Journal des Praticiens*, le *Courrier Médical*, et le *Bulletin de la Société de Thérapeutique* » : j'en ai obtenu, écrivait le docteur H. Leclerc, des résultats remarquables dans le traitement des varices, des troubles de la ménopause, des métrorragies (qu'elles soient causées par un simple état congestif ou par dégénérescence myo-fibromateuse de l'utérus), et surtout des hémorroïdes : sous son influence les bourrelets hémorroïdaires deviennent facilement réductibles, la douleur et le ténesme s'amendent, le flux sanguin diminue et se tarit. » Les observations cliniques que nous avons recueillies sont venues confirmer en tous points ce jugement et le cupressus nous a toujours semblé un succédané de l'hamamélis, d'action identique et même très supérieure.

Si nous avons tenu à souligner les propriétés du berbéris, du thlaspi et du cupressus, c'est que ce sont là trois plantes qui nous ont paru avoir été particulièrement négligées ou méconnues en thérapeutique appliquée. Elles ne sont pas les seules, et le marronnier d'Inde, le viburnum plus souvent formulés, et bien d'autres encore, possèdent des propriétés analogues.

Leur association médicamenteuse donnera les plus heureux résultats à la condition toutefois que ces végétaux soient toujours administrés à l'état de préparations galéniques représentant la plante entière « véritables extraits physiologiques, nous disent E. Perrot et A. Goris, représentant un ensemble de produits définis et fixes dont l'action pharmacodynamique rappelle l'action globale reconnue à la plante même, avec une intensité toutefois plus grande en raison même de l'état plus concentré des complexes actifs mis en jeu ».

Et n'allez pas croire que ce sont là des thérapeutiques intéressantes parce qu'inoffensives, mais toujours lentes à donner des résultats et demandant à être prescrites très longtemps et de façon soutenue.

Une association médicamenteuse telle que celle dont je parlais tout à l'heure, comprenant berbéris, thlaspi, cupressus, marron d'Inde et viburnum, employés sous leur forme intégrale et administrés à l'état liquide en un élixir renfermant intacts tous leurs principes actifs est au contraire un puissant régulateur de la circulation veineuse, stimulant et vaso-constricteur, d'action rapide et sûre dans les varices, les phlébites, les hémorroïdes, les douleurs utérines et annexielles, les dysménorrées et troubles menstruels, dans les troubles circulatoires de la ménopause et même contre la dégénérescence scléreuse ou myo-fibromateuse de l'utérus. Que les praticiens en fassent l'essai ; ils s'en rendront facilement compte par eux-mêmes et deviendront bientôt de fidèles adeptes de la phytothérapie.

A. de J.

BIBLIOGRAPHIE

G. Pouchet. — Importance des préparations galéniques en thérapeutique. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

H. Leclerc. — Précis de phytothérapie. (Masson et Cie éditeurs, 1922.)

H. Leclerc. — Le cyprès succédané indigène de l'hamamélis. (*Journal des Praticiens*, 1919.)

H. Leclerc. — Note sur l'emploi du cupressus sempervirens dans le traitement des hémorroïdes. (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1920.)

E. Perrot et A. Goris. — Une nouvelle forme galénique : les extraits physiologiques végétaux. (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1909.)

© BIU Santé

REVUE DE LA PRESSE

Les suites immédiates et éloignées de la neurotomie rétrogassérienne.

Le nombre de neurotomies retrogassériennes que M. F. DE BEULE (*Bruxelles médical*, 28 février 1924) a pratiquées pour névralgie grave et rebelle du trijumeau a été de 55.

La mortalité opératoire n'a pas atteint 4 p. c. Les suites immédiates ont été très simples ; des lésions éloignées graves de l'œil sont survenues seulement dans quatre cas. Il n'y a eu aucune récidive de la névralgie. La neurotomie rétrogassérienne, doit, dit M. DE BEULE, définitivement supplanter la gassérectomie.

Les manifestations ganglionnaires de l'hérédo-syphilis.

Les rapports de la syphilis acquise avec les lésions des ganglions lymphatiques sont bien connus, disent MM. E. WEILL et BERNHEIM (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 février 1924). On est moins bien fixé sur l'influence exercée sur le système lymphatique par la syphilis héréditaire.

Celle-ci peut agir dans les premiers temps de la vie ou plus tard dans la seconde enfance, l'adolescence ou même chez l'adulte.

Les adénopathies attribuées à la syphilis héréditaire précoce se présentent sous la forme de micropolyadénopathie. En fait, cette dernière constitue une lésion banale en rapport avec des infections ou des intoxications multiples et n'a pas à proprement parler une valeur spécifique.

Les lésions ganglionnaires de la syphilis héréditaire tardive, ont une tout autre signification. Elles se présentent sous deux formes : l'une, assez commune, affecte un siège limité, en particulier la région cervicale. Elle peut évoluer sous la forme de masses dures, indolentes, ou bien sous celle d'un abcès froid, ou encore sous la forme d'écrouelles, avec ulcérations profondes et atteintes cutanées.

Une pareille forme est habituellement confondue avec une tuberculose ganglionnaire, dont il est difficile de la distinguer par les seuls signes cliniques.

C'est à propos de ces cas qu'on a envisagé parfois l'association de la tuberculose et de la syphilis, en les désignant sous le nom de scrofulate de vérole.

Une autre forme d'adénopathie syphilitique est réalisée par un syndrome qui rappelle l'adénie et qui a été mis en lumière par E. Weill.

Bien que l'étude des symptômes, des lésions ganglionnaires, des altérations du sang, des épreuves de laboratoire, puissent mettre sur la voie, il n'en faut pas moins considérer comme très difficile le diagnostic d'une pareille affection, surtout lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucun autre stigmate syphilitique.

Il paraît aux A. que dans les cas douteux, l'épreuve thérapeutique constitue à la fois un criterium efficace et un acte bienfaisant, dont doivent bénéficier tous les malades atteints d'adénopathies limitées ou généralisées, avec la condition expresse que le traitement devra être suffisamment actif et prolongé pour ne laisser subsister aucun doute.

Les gommes tuberculeuses de la peau observées chez le nourrisson.

Certains nourrissons tuberculeux dit M. PÉHU, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 février 1924) présentent sous la forme de nodules localisés ou disséminés, des gommes sous-cutanées, d'abord dures, profondément situées et qui, progressivement, en une marche lente, gagnent presque toujours la superficie, se ramollissent et suppurent. Elles siègent avec prédilection dans la région fessière ou à la face postérieure de la cuisse et de la jambe. Parfois elles évoluent à l'état isolé. Souvent elles coïncident avec d'autres manifestations (médiastines, spléniques ou osseuses), dont elles révèlent au clinicien la nature tuberculeuse.

Leur aspect conduit fréquemment à des confusions avec les abcès multiples de la peau, surtout dans les cas où ces derniers apparaissent sous une forme subaiguë, torpide, chez des nourrissons atrophiques, anémiés ou cachectiques. Mais lorsqu'on peut les suivre dans leurs étapes successives, on constate que les gommes se développent de la profondeur à la surface cutanée ; les pyodermites suivent un chemin inverse.

En tenant compte de leurs caractères objectifs et de leurs modalités évolutives, on est autorisé à conclure que les gommes ont pour origine un foyer viscéral, en général médiastinal ou pulmonaire, d'où, par voie sanguine, le bacille de Koch envahit l'organisme ; elles représentent donc une variété de tuberculose hématogène.

Le pronostic des gommes tuberculeuses est rarement favorable. A tout le moins, elles comportent un pronostic réservé.

Le traitement des gommes sous-cutanées est le suivant :

Localement, on a souvent la tentation de leur appliquer *une thérapeutique chirurgicale* : incision ou ponction, pour donner issue au pus que ces gommes renferment. Ces interventions locales sont discutables : Elles amènent peut-être un tarissement local de la suppuration, mais elles exposent à des infections secondaires. C'est pourquoi, quelques chirurgiens, comme M. NOVÉ-JOSSERAND, préfèrent ne pas les inciser ; car ils estiment que les gommes représentent l'expression locale d'une infection disséminée, hématogène, et, de fait, l'abstention est souvent une mesure beaucoup plus raisonnable.

A certaines d'entre elles, cependant, peut être appliquée la *radiothérapie*, lorsque, par exemple, il s'agit de gommes isolées et ne s'accompagnant pas de fièvre. Si, au contraire, l'affection est caractérisée par une élévation de température, mieux vaut s'abstenir, car on court le risque d'une dissémination rapide.

La *tuberculinothérapie* rencontre des partisans surtout en Suisse et en Allemagne. On doit en attendre un résultat local dans le cas seulement où l'on peut en faire usage pendant longtemps jusqu'à ce que survienne une résistance complète à la tuberculine sous la forme d'une « antianaphylaxie ».

C'est surtout au *traitement général* qu'il faut s'adresser. La médication interne devra consister en des toniques du genre de ceux que l'on administre dans la tuberculose généralisée, ou quand s'effectue sa localisation : médication iodée, arsenicale, ou mieux si elle peut être tolérée par les voies digestives, médication par l'huile de foie de morue.

Une action vraiment efficace doit être cherchée dans la climatothérapie. La cure d'attitude est bonne : le séjour au bord de la mer est meilleur.

La tuberculose pulmonaire du nourrisson.

La tuberculose dit M. GARDÈRE (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 février 1924) est en cause dans un tiers des décès d'enfants au-dessous de deux ans et la cuti-réaction montre que les tuberculoses latentes sont fréquentes même pendant la première année.

Les formes cliniques doivent être divisées en formes aiguës (granulie et bronchopneumonie), formes caséeuses subaiguë et chronique (tubercule et pneumonie caséeuse), formes congestives. Les formes caséeuses sont remarquables par leur allure insidieuse, leurs manifestations cliniques qui consistent plutôt en modifications de l'état général qu'en symptômes de localisation. La température est souvent peu modifiée, et les formes apyrétiques sont fréquentes. L'hémoptysie et le pneumothorax sont exceptionnels.

Le diagnostic peut être fait par la radioscopie, mais surtout par la cuti-réaction à la tuberculine, qui doit être pratiquée systématiquement.

Le pronostic est dans la plupart des cas sévère, en raison de la tendance évolutive et de la fréquence des tuberculoses généralisées.

Le traitement comprend deux indications principales : d'une part une alimentation suffisante, l'aérothérapie et l'héliothérapie ; d'autre part la protection de l'enfant contre tout nouvel apport de bacilles, ce qui pratiquement consiste à la séparer le plus rapidement possible de ses parents tuberculeux.

© BIU Santé

Conservation intégrale des hormones dans les

Produits Organothérapiques A. RICHARD,

extraits totaux rigoureusement naturels et **SANS ODEUR.**

Leur mode original de préparation, qui constitue le nec plus ultra en Opothérapie, est exposé dans le ***Memento d'Organothérapie Clinique,*** envoyé à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14 — Téléphone : Gobelins 43-39 —

Reminéralisation et Recalcification intensives

PAR

AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS,
DU PHOSPHATE TRICALCIQUE
NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE DE CHAUX
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

DEUX FORMES

COMPRIMÉS — SOLUBLES SEULEMENT DANS L'INTESTIN
1 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR, SUIVANT L'AGE

AMPOULES — INJECTABLES. UNE AMPOULE DE 1 cc. PAR JOUR, EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES OU INTRAMUSCULAIRES

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

DRAEGER

R. C. Seine 135 142

Préparé par les
LABORATOIRES
DU
NUJOL
Standard Oil Co
(New-Jersey)
NEW YORK



PARFAITE UNIFORMITÉ

Une parfaite uniformité est ce qui différencie principalement le **NUJOL** des autres huiles de vaseline.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables dans le traitement de la constipation parce qu'il est invariable dans sa composition et ses propriétés physiques.

Le **NUJOL** est agréable à prendre ; il ne cause ni nausées ni autres désagréments.

Le **NUJOL** est particulièrement recommandé pendant la grossesse et la période d'allaitement.

Echantillons et brochures sur demande

BEDFORD PETROLEUM Co
88, Av. des Champs-Elysées
PARIS

Nujol
MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation
LE LUBRIFIANT IDEAL DE L'INTESTIN.

Agent de Vente
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Tabor
PARIS

© BIU Santé

L'huile de chenopodium dans la lombricose.

M. SIGALAS a insisté dernièrement sur l'action particulièrement efficace de l'huile de chenopodium à l'égard de l'*Ascaris lumbricoides*, pour lequel elle serait un véritable spécifique. Comme dose maxima M. SIGALAS indiquait : cinquante gouttes chez l'adulte, quarante gouttes chez le vieillard et l'adolescent, de quatre à trente gouttes chez l'enfant de 2 à 15 ans.

M. CHEINISSE, à ce propos, rappelle (*Presse médicale*, 1er mars 1924), d'après quelques publications récentes, les accidents que peut entraîner l'administration de ce médicament et les précautions qu'elle comporte.

Tout d'abord c'est un antihelminthique à n'administrer que dans les cas certains ; il faut s'en abstenir dans les cas d'affections aiguës, ne le donner qu'avec prudence chez les débilités, et jamais en même temps qu'un autre médicament.

Il paraît indiquer d'administrer un purgatif après la dernière dose d'huile de chenopode : huile de ricin, sulfate de magnésie à dose moyenne.

L'huile de chénopode est surtout indiquée contre les lombrics ; elle est impuissante contre les tænias et ne donne que des résultats inconstants contre les oxyures.

Des abus de l'huile de ricin chez le nourrisson.

Frappé par la répétition de certains faits cliniques de diarhées graves déclanchées, surtout pendant les mois d'été, à la suite de purgations données à des nourrissons sans autres raisons que celle d'une coutume fâcheuse, M. CHATIN croit (*Lyon médical*, 2 mars 1924) qu'il y a dans l'abus des purgatifs chez le nourrisson et en particulier de l'huile de ricin, un danger dont les mères de famille doivent être prévenues.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la médecine, par L. MEUNIER, 2e édition. Prix : 30 fr. Le François, 1924.

C'est une tâche malaisée décrire un Précis d'histoire de la médecine qui mérite vraiment ce nom et ne soit pas fastidieux et sans couleur. L'évolution des idées, le conflit des doctrines, l'exposé des grandes découvertes, l'étude des œuvres marquantes, la biographie même des auteurs les plus illustres exigent d'assez longs développements et des citations nombreuses. Et si l'on respecte par trop l'ordre chronologique on aboutit fatalement au lexique ou au dictionnaire.

Le livre, qu'avait en 1910 publié chez Baillière cet homme érudit et aimable qu'était le Dr Meunier, était un petit volume excellent, alerte, simple et complet qui tenait le juste milieu entre les traités doctrinaires et les abrégés analytiques.

Il était assez didactique pour instruire les ignorants, assez complet pour attirer les plus instruits.

On y trouvait à peu près tout ce que l'on devait connaître des hommes et de leurs œuvres, des théories qu'ils avaient défendues, le trait qui marquait leur caractère ou l'évènement qui illustrait leur vie, le nom de leur œuvre princeps et l'exposé de la découverte à laquelle ils devaient l'immortalité.

Des origines de la médecine, l'auteur dessinait une esquisse exacte, et sur Galien et Hippocrate, il apportait une étude très complète et raisonnée ; sur les mœurs médicales de la Grèce, du moyen âge et du 18e, sur les chimistes, les mécaniciens, d'intéressants détails est des aperçus critiques sages et mesurés ; sur le 20e siècle enfin des développements plus étendus où nous pouvons entrevoir toute la beauté des horizons nouveaux.

Ce livre fut épuisé en quelques mois. Le Dr Meunier mourut avant d'avoir pu faire une 2e édition et l'ancienne restait introuvable.

(*Voir suite p.* **216.**)

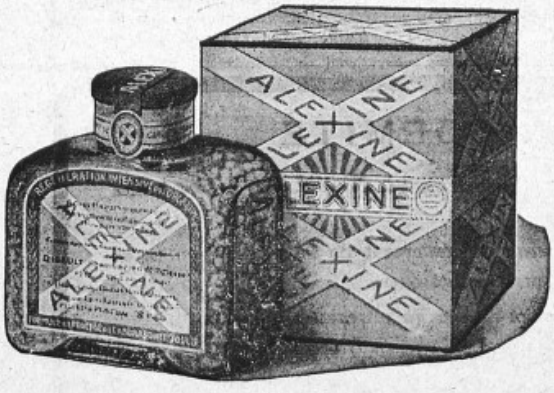
REPHOSPHORISATION de L'ORGANISME

dans tous les états de déchéance physique et cérébrale

par l'Acide phosphorique solidifié assimilable " ALEXINE "

Méthode de Joulie

L'ALEXINE



Préparée par le procédé de Joulie, est de l'acide phosphorique solidifié assimilable, hyperactif.

Les résultats de " **l'ALEXINE** " sont remarquables et constants dans tous les états de déchéance organique.

ANÉMIE — PHOSPHATURIE — DÉMINÉRALISATION — PRÉTUBERCULOSE — NEURASTHÉNIE — FATIGUE — FAIBLESSE IMPUISSANCE

ÉCHANTILLONS et LITTÉRATURES :

aux Laboratoires de l'ALEXINE, 15 rue Jean-Jaurès à PUTEAUX (Seine)

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HOPITAL DES ENFANTS-MALADES)

Syndromes de Maurice Raynaud et de Weir-Mitchell chez les enfants (1)

M. le Professeur NOBÉCOURT.

Ce jeune garçon est né à terme le 7 avril 1917. Sa mère est morte de tuberculose, en 1921 ; son père est bien portant. Lui-même a été atteint d'une bronchopneumonie, à l'âge de 4 ans, en 1921. Il est entré le 7 décembre dernier, soi-disant pour des engelures.

A cette époque, il est âgé de 6 ans et 8 mois. Sa taille et son poids sont conformes aux moyennes ; il pèse 17 k. 700 et mesure 111 cm. Il paraît cependant un peu amaigri. Il dit éprouver au niveau des pieds et des mains des fourmillements et quelques douleurs spontanées. On constate que les pieds et les mains sont altérés. Les doigts, surtout ceux de la main gauche, sont tuméfiés, violacés ; ils présentent, sur la face dorsale, des ulcérations superficielles, atones, d'un rouge plus ou moins foncé. Les pieds sont également gonflés, d'un rouge violacé ; ils sont le siège de lésions plus importantes : on y voit quelques phlyctènes contenant une sérosité noirâire, des ulcérations superficielles ressemblant à celles des mains, des eschares sèches, noirâtres. Phlyctènes, ulcérations et eschares siégent sur le dos du pied et des orteils ; elles sont surtout étendues au niveau du bord interne.

Remarquez la symétrie de ces altérations. Elle est surtout frappante au niveau du bord interne des pieds et du gros orteil.

Au pourtour de ces lésions, la sensibilité à la pression, au tact, à la douleur, au chaud et au froid est sensiblement normale. L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier, non plus que l'examen des organes. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Il n'y a pas de fièvre : 37°4 le soir.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive ; la réaction de Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Depuis son entrée, le malade a présenté une température subfébrile, qu'expliquent suffisamment les infections qui se réalisent au niveau des lésions cutanées.

On a pratiqué des pansements locaux, en tenant compte des caractères des lésions, soit avec une pommade à l'ektogan ou au baume du Pérou, soit avec du sérum boraté. Très rapidement les lésions régressent ; les plaques de sphacèle se soulèvent, laissent suinter du pus jaunâtre, fétide, puis se détachent ; les petites ulcérations prennent une teinte chair musculaire de bon aloi et se cicatrisent assez vite. Finalement, au bout de quinze à vingt jours, la cicatrisation est à peu près complète, les ulcérations ont disparu.

Aujourd'hui nous voyons encore les traces des lésions. Les pieds, les doigts sont encore gonflés. A la place des ulcérations, il y a un épiderme mince, rouge, violacé. Sur le dos du pied droit, il existe encore une petite phlyctène à contenu jaunâtre.

L'état général est très satisfaisant ; le poids a augmenté. L'enfant pesait 17 k. 700 à l'entrée ; il pèse maintenant 18 k, 900.

Pendant l'évolution M. René Mathieu a poursuivi quelque recherches sur la pression artérielle, à l'aide du Pachon. Au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe droite, on notait, le 13 décembre, Mx = 23, Mn = 9.5 ; le 20 décembre, 14 et 8,5 ; le 28 décembre, 13 et 9. Il existait donc au début une hypertension systolique manifeste. D'autre part, les applications de glace ou d'eau chaude sur le pli du coude n'ont pas apporté de modifications appréciables de la pression artérielle dans le membre.

Cette observation ne constitue pas un fait isolé. De temps à autre on rencontre des enfants présentant le même tableau clinique.

Au mois de décembre 1922, il y a un an, nous avons eu à soigner un autre enfant tout à fait comparable à celui-ci.

Il s'agit également d'un garçon, né le 3 septembre 1913 d'un père bien portant, d'une mère morte en 1915, à 30 ans, de tuberculose pulmonaire. C'est un enfant unique, né à terme, nourri au sein jusqu'à sept mois ; la dentition et la marche se sont effectuées normalement. Comme maladies, il a eu à 3 ans la rougeole et à 6 ans la grippe.

Depuis l'âge de 13 mois cet enfant a présenté à maintes reprises les manifestations de l'affection qui le conduit à l'hôpital. Chaque hiver, il présente aux extrémités inférieures des accès consistant en une décoloration des orteils, qui deviennent pâles et froids et lui donnent la sensation d'une jambe morte. A la décoloration succède plus ou moins vite une teinte rouge violacé des extrémités, puis apparaissent des phlyctènes à contenu séro-purulent. Ces phlyctènes se rompent et laissent de petites ulcérations superficielles, qui sont qualifiées d'engelures. A ce moment apparaissent des douleurs vives qui rendent la marche pénible. Des lésions analogues se réalisent aux mains, aux genoux au nez, à l'oreille droite ; mais elles sont moins étendues qu'aux pieds. Chose intéressante, ces lésions ne se produisent que l'hiver ; elles apparaissent généralement au mois d'octobre, pour disparaître au mois d'avril. Pendant cette période il y a des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Ce garçon entre à la salle Bouchut, le 24 décembre 1922, pour des lésions de ce genre qui ont débuté un mois et demi auparavant.

Il est âgé de 8 ans et 3 mois, d'une taille et d'un poids un peu inférieurs aux moyennes : 114 cm. et 18 k. 300. L'état général cependant paraît bon. La peau est sèche, squameuse. Nous trouvons sur les orteils des ulcérations laissant le derme à nu ; au niveau des genoux quelques croûtes jaunâtres couvrant un derme dénudé. Les mains sont froides et cyanosées, mais ne présentent ni croûtes, ni ulcérations. Sur l'oreille droite on voit une petit plaque sèche de sphacèle.

En dehors de ces lésions, l'examen des organes et du système nerveux ne décèle rien de particulier. Notons cependant une voûte palatine ogivale, des dents mal implantées, un thorax en entonnoir, des adénopathies cervicales, un pharynx rouge. La température est de 37°. Deux cutiréactions à la tuberculine sont négatives. Le Bordet-Wassermann est négatif : H^7. Cependant le Hecht est positif. Il n'y a pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Pendant une quinzaine de jours, on remarque le même état subfébrile que chez le malade que je viens de présenter ; cependant le poids augmente d'une façon appréciable. On applique sur les lésions du violet de méthyle ; elles s'améliorent rapidement et se cicatrisent.

Au début de février, on constate quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique et la cuti-réaction à la tuberculine est positive.

L'enfant sort le 8 février en bon état pesant 20 kg.800. Il revient le 30 mars passer quelques jours et ne présente alors aucune lésion des extrémités.

***

Ces deux enfants présentent de grandes analogies. Pour ces deux malades nous avons porté le diagnostic de MALADIE DE RAYNAUD ou mieux de SYNDROME DE RAYNAUD, l'expression syndrome étant préférable au terme de maladie.

Ce syndrome a été décrit par Maurice Raynaud en 1862, dans sa thèse intitulée : *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*. Il a insisté de nouveau sur cette description dans l'article *Gangrène* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* publié par Jaccoud en 1872. Cette description reste toujours exacte.

Le syndrome comprend trois stades : le premier est la

(1) Leçon du 5 janvier 1924.

© BIU Santé

syncope locale, le deuxième l'*asphyxie locale*, le troisième la *gangrène symétrique des extrémités.*

La SYNCOPE LOCALE consiste en un accès à début brusque se produisant au niveau des doigts ou des orteils, atteignant simultanément ou successivement plusieurs doigts ou plusieurs orteils. Tout à coup la peau blanchit, devient exsangue, insensible ; la sensibilité au tact et à la douleur est perdue ou très atténuée ; la sensibilité thermique est généralement conservée. Il n'y a pas de douleurs spontanées, La piqûre ne fait pas sourdre de sang. Le doigt est véritablement *mort*.

Le pouls cependant reste normal ; il peut cependant être affaibli à la radiale dans les cas où les troubles s'étendent à la main.

La décoloration des téguments dure quelques minutes, quelquefois plusieurs heures ; puis se produit une réaction douloureuse graduelle. La peau se recolore Le malade éprouve des fourmillements de plus en plus pénibles, des douleurs assez vives, comparables à la sensation de l'*onglée* après l'exposition au froid.

En somme, les phénomènes qui caractérisent la première phase résultent d'un arrêt de la circulation locale. Comme l'écrit M. Raynaud, la pâleur du doigt « est comparable à la pâleur subite de la totalité du corps, qui accompagne l'arrêt momentané du cœur. On peut donner à cet arrêt de la circulation locale le nom de syncope locale ».

La deuxième manifestation du syndromé de Raynaud est l'ASPHYXIE LOCALE.

Dans certains cas, elle succède à la syncope locale, et, comme écrit Maurice Raynaud, « les deux états se marient entre eux et présentent entre eux les plus étroites affinités ». D'après lui, d'ailleurs, l a syncope locale est une forme de l'asphyxie locale : « l'asphyxie locale revêt deux formes principales : la syncope locale et l'asphyxie locale proprement dite ».

Ce qui caractérise l'asphyxie locale, c'est uné teinte cyanique plus ou moins accusée des tissus, blanc bleuâtre dans les cas les plus légers, violacée, ardoisée, même noirâre dans les cas les plus accentués. La pression du doigt détermine une tache blanche qui disparaît très lentement. Cette coloration siège sur un ou plusieurs doigts ou orteils ; elle s'étend quelquefois à la main et à l'avant-bras, aux pieds, à la jambe, qui sont couverts de marbrures violacées.

En même temps que la décoloration, on constate une tuméfaction assez légère. L'extrémité atteinte est incapable de tout mouvement et est le siège de douleurs plus oumoins vives. D'abord c'est une sensation de fourmillements comparable à l'onglée, comme dans la syncope locale, puis ce sont des brûlures, des élancements,

On constate l'anesthésie au tact et à la douleur. la diminution de la sensibilité thermique. Le thermomètre enregistre l'abaissement de la température locale.

L'accès d'asphyxie locale est plus ou moins long. Puis la teinte cyanique diminue progressivement ; la peau devient rouge foncé et finalement reprend sa coloration normale. En même temps, les douleurs spontanées s'atténuent et la sensibilité reparaît.

Il y a des cas où l'on voit apparaître le troisième stade du syndrome, à savoir : la *gangrène symétrique des extrémités.*

La GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS est, comme l'a écrit Maurice Raynaud, une « variété de gangrène sèche. caractérisée par ce double fait qu'elle est indépendante de toute altération anatomique appréciable du système vasculaire et qu'elle affecte toujours des parties similaires ; les deux membres supérieurs on inférieurs, ou même les quatre à la fois, dans quelques cas même, les oreilles et le nez. ... La gangrène symétrique des extrémités forme avec l'asphyxie locale idiopathique un tout indissoluble. Elle n'en est, à proprement parler, qu'une phase ultime. Toute gangrène symétrique des extrémités débute par une période plus ou moins prolongée d'asphyxie locale, mais beaucoup d'asphyxies locales ne vont jamais jusqu'à la gangrène confirmée et peuvent, soit disparaître avec le temps, soit rester indéfiniment stationnaires. »

La gangrène symétrique des extrémités s'installe plus ou moins rapidement. Elle siège, dans les formes les plus typiques, aux extrémités des doigts ou des orteils , ils prennent une teinte lilas, violacée, remontant jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo- ou métatarso-phalangienne. Sur les mains ou sur les pieds existent des marbrures. La peau est froide et insensible Les régions atteintes sont le siège de fourmillements, de brûlures, d'élancements, quelquefois de douleurs très vives, irradiant dans le membre, qui peuvent arracher des cris aux malades.

Après ce début, trois modalités évolutives peuvent se produire.

Dans une première modalité, se produisent des *phlyctènes.* Sur les doigts légèrement œdématiés, principalement au niveau des extrémités, apparaissent des petites phlyctènes à contenu séreux, puis séro-purulent.

Tantôt les phlyctènes se rompent. Il se forme une *excoriation* qui met le derme à nu, qui ne suppure pas et qui généralement ne s'étend pas ; au bout de quelques jours elle se cicatrise et se rétracte ; il reste une petite cicatrice blanchâtre, déprimée, sur la pulpe des doigts ou des orteils. Comme généralement les crises successives se répètent, les doigts ou les orteils, au bout d'un certain temps, s'effilent, présentent une peau dure et chagrinée et aux extrémités des « petites cicatrices blanches, déprimées, très dures », bien décrites par Maurice Raynaud.

Tantôt, la phlyctène ne se rompt pas ; elle se dessèche ; il se formera une petite escharre de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, qui se détache rapidement sans laisser de traces ou laisse à sa place une petite cicatrice. D'après Maurice Raynaud, cette modalité serait surtout fréquente chez l'enfant et au niveau des orteils.

Dans une deuxième modalité, il ne se produit pas de phlyctènes. On assiste à un véritable *parcheminement de la peau.* La peau se dessèche, se racornit, il se forme des pellicules épaisses, dures, qui se desquament. Finalement, l'extrémité des doigts se trouve un peu amincie et effilée.

La troisième modalité consiste dans la *mortification complète des tissus.* Alors les lésions sont beaucoup plus importantes. Les extremités des doigts ou des orteils se momifient-elles deviennent noires comme du charbon ; elles sont indolentes et anesthésiées. Puis se produit un sillon d'élimination inflammatoire, avec suintement d'un liquide épais, visqueux, se concrètant en croûtes brunâtres. L'eschare tombe et la partie mortifiée se détache ; des bourgeons charnues se forment qui amènent la cicatrisation. On peut ainsi assister à la chute d'un doigt, d'un orteil. Il y a même des cas où l'amputation est beaucoup plus étendue, où la main ou le pied peuvent être détruits. MM. Variot et Morancé ont rapporté à la *Société de pédiatrie*, le 9 janvier 1912, l observation d'un garçon de 3 ans et demi qui perdit successivement ses quatre extrémités par des amputations siégeant aux extrémités inférieures des avant-bras et au-dessus des chevilles.

Ce ne sont pas seulement les extrémités des membres qui peuvent être le siège de ce processus de gangrène. On l'observe également sur le pavillon des oreilles et le bout du nez. Il se forme de petites plaques de sphacèle superficiel ou profond laissant une petite cicatrice disgracieuse, ou entraînent des destructions des régions atteintes.

Pendant que se poursuit l'évolution de la gangrène. le pouls reste perceptible jusqu'à la limite des lésions ; il est accéléré, sans qu'il y ait de fièvre. La pression artérielle n'a guère été étudiée ; comme l'écrit M. Tridon, dans sa thèse, en 1913, « les observations d'adultes, comme celles des enfants, sont muettes » sur les modifications de la pression artérielle. Toutefois MM. Variot et Morance, chez l'enfant de 3 ans et demi qui eut des amputations successives des extrémités, ont constaté avec le Pachon une pression maxima de 16,5, une minima de 10, donc assez élevée. Chez le malade de 6 ans que je vous ai présenté, nous avons trouvé également une pression élevée au niveau des membres inférieurs :

© BIU Santé

pendant la période initiale, avec le Pachon, la maxima était de 23 et la minima de 9,5 ; plus tard, à la phase d'amélioration, la pression maxima était tombée à 14, puis à 13, et la minima était de 8, 5 ou 9.

Tous les cas de syndrome de Raynaud n'aboutissent pas à la gangrène. L'ÉVOLUTION présente diverses modalités : on peut, avec Maurice Raynaud distinguer une *forme aiguë* et une *forme chronique*.

La *forme aiguë* débute par des accès d'asphyxie locale qui se répètent pendant quelques jours, et même pendant un mois ; puis succède une phase d'accès douloureux, pendant laquelle s'installe la gangrène, et qui dure une dizaine de jours ; enfin vient une troisième phase, celle de l'élimination des eschares et de la cicatrisation, qui dure une vingtaine de jours ou une dizaine de mois, en moyenne 4 ou 5 mois.

La *forme chronique* est caractérisée par des accès revenant à intervalles plus ou mois éloignés. On distingue un *type intermittent*, dans lequel les accès reviennent deux ou trois fois chaque année, un *type rémittent*, dans lequel les accès sont plus rapprochés, et enfin un *type continu*, qui est rare et est surtout l'apanage de la forme aiguë.

Il existe d'ailleurs tous les degrés *d'intensité* : une *forme atténuée*, qui se borne à la syncope locale, suivie ou non d'asphyxie locale : une *forme moyenne*, dans laquelle apparaissent de l'asphyxie locale et des gangrènes limitées, superficielles, et enfin une *forme grave*, dans laquelle apparaissent des gangrènes étendues et profondes, pouvant aboutir à l'amputation de segments de membres.

La *durée* du syndrome de Raynaud est très variable. Elle peut être de 2 ou 3 ans ou atteindre une dizaine d'années. Chez l'enfant cependant, les accidents disparaissent ou s'atténuent généralement à la fin de la période de puberté.

Nos malades fournissent des exemples des deux formes du syndrome de Raynaud.

Le premier est un type de la *forme aiguë* aboutissant à la gangrène et évoluant rapidement vers la guérison dès sa première atteinte. Le pronostic actuel est favorable, mais il faut craindre, étant donné son jeune âge, des récidives.

Le deuxième, au contraire, un exemple de la *forme chronique*, puisque, dès l'âge de 13 mois il a présenté les premières manifestations du mal pour lequel nous l'avons vu à l'âge de 8 ans.

Il y a dans l'évolution un élément de PRONOSTIC qu'il faut connaître.

Dans les *formes* aiguës, le pronostic est relativement favorable. « Lorsque, écrit Maurice Raynaud, dix à douze jours après l'invasion des grandes douleurs, on voit se former symétriquement aux extrémités des escharres noires et sèches, il est à espérer que le travail de mortification s'arrêtera bientôt et que, après une période d'élimination, dont la durée n'excèdera guère en moyenne quatre ou cinq mois, la guérison pourra être complète ». Il faut tenir compte cependant des mutilations qui peuvent se produire si les gangrènes sont trop accentuées.

Dans la *forme chronique*, au contraire, le pronostic est beaucoup mois favorable. « On doit craindre que la maladie ne se prolonge un temps considérable... et cette forme, bien qu'elle ne compromette pas immédiatement la vie est peut-être la plus fâcheuse, parce qu'elle trouble l'existence par des souffrances insupportables et oppose un obstacle permanent à l'accomplissement des fonctions sociales.»

On ne meurt pas de maladie de Raynaud. Si l'on meurt, c'est des maladies intercurrentes qui peuvent survenir.

Il faut tenir compte naturellement, dans chaque cas particulier, du type évolutif et du degré des lésions.

Avec le syndrome de Raynaud, peuvent s'observer diverses ASSOCIATIONS MORBIDES.

Une des plus intéressantes est *l'Hémoglobinurie paroxystique*. Myers, en 1884, a publié l'observation très intéressante d'un enfant qui, à 5 ans, après une rougeole, eut un accès d'hémoglobinurie, peu après des accès de cyanose des oreilles de plus en plus marquée, au nombre de 8 ou 10 en trois ans, et finalement une gangrène de chaque oreille. A 10 ans, les phénomènes disparaissent et à 12 ans ils n'ont pas reparu : l'enfant reste cependant très sensible au froid, qui provoque de la cyanose intense des oreilles.

***

Huit jours avant l'entrée salle Bouchut du garçon que je vous ai présenté, était sortie de la salle Parrot une fille qui y avait fait un séjour d'un mois et demi. Il me paraît intéressant de vous rapporter son histoire, pour la comparer avec les précédentes.

Fille d'un père bien portant, qui nie toute syphilis, et d'une mère morte tuberculeuse, ayant trois frères bien portants, elle est née à terme, le 27 juillet 1909, a eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche.

Elle entre à l'hôpital le 15 octobre 1923, soi-disant pour des *crises d'épilepsie*.

On obtient les renseignements suivants. La première crise est survenue au début de septembre, à Berck, où elle était domestique. Un jour, elle tombe dans sa cuisine, ayant cependant eu le temps de prévenir sa patronne. Elle se rappelle que cette crise à débuté par une crampe de la main gauche qui s'est étendue à tout le bras, qu'elle a présenté des crispations au niveau de la joue gauche. Ses souvenirs s'arrêtent à sa chute. Elle sait qu'elle n'a pas eu d'écume aux lèvres, de morsure de la langue, de mictions involontaires. Cette crise dure, une heure environ. La malade reste à la suite, très abattue.

Dans les quinze jours qui suivent, survient de temps en temps un état nauséeux accompagné de céphalée.

L'enfant rentre à Paris à la fin de septembre, et depuis les crises réapparaissent, moins intenses. Ce qui domine, c'est un engourdissement douloureux de la main et du bras gauches, qui sont animés de quelques secousses ; il n'y a ni chute, ni perte de connaissance.

Trois jours avant l'entrée, un samedi, brusquement, sans autre prodrome que l'engourdissement du bras gauche l'enfant tombe dans sa cuisine ; la crise est courte. L'enfant garde le lit ; elle n'a pas de crise. On l'amène à l'hôpital le lundi ; ce jour-là elle a six crises, dont deux très intenses, présentant toujours les mêmes caractères, les sensations et les secousses étant localisées au membre supérieur gauche.

Nous trouvons une fille de 14 ans, ayant les apparences de la santé, de taille moyenne, 154 cm, un peu grosse, car elle pèse 50 k. 550. Sa puberté est achevée ; elle a eu ses premiers règles à 12 ans et demi et pendant quatre mois des menstruations irrégulières et abondantes ; depuis, elle a de l'aménorrhée. Son intelligence paraît normale. Elle ne se plaint guère que d'une céphalée légère et de nausées. L'examen des organes et du système nerveux ne révèle rien de particulier : cependant à la base du cœur on entend un souffle systolique mal caractérisé ; on ne peut préciser s'il s'agit d'un souffle orificiel, aortique ou pulmonaire, ou d'un souffle anorganique. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La cutiréaction est positive, le Bordet-Wassermann négatif (H^8). Une ponction lombaire retire un liquide normal ; les réactions de Bordet-Wassermann, de l'or colloïdal et du benjoin colloïdal y sont négatives. On se demande s'il ne s'agit pas d'une crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne dont la cause reste ignorée.

Je vois l'enfant le 18 ; je fais les mêmes constatations que mes collaborateurs, mais je remarque en outre des extrémités froides et humides ; interrogeant l'enfant, j'apprends que, depuis sa petite enfance, assez souvent ses pieds deviennent brusquement très froids, en même temps qu'elle éprouve une sensation de brûlure, que les mêmes phénomènes se produisent au niveau de la joue gauche. Il semble que la crise pour laquelle elle est entrée à l'hôpital soit en rapport avec ces phénomènes. En outre, depuis trois mois, elle a continuellement un engourdissement du bras gauche.

Le diagnostic restait hésitant, quand heureusement, pendant mon examen, tout à coup, l'enfant cesse de répondre ; elle

© BIU Santé

paraît en proie à une douleur très vive et dit souffrir beaucoup de son membre supérieur gauche. Je constate que sa main gauche, puis tout son avant-bras deviennent d'un rouge vif, très chauds, et se couvrent de sueurs ; en même temps, ses doigts se crispent comme si elle avait une crampe son avant-bras se fléchit ; cependant elle ne perd pas connaissance et ne présente aucun phénomène d'ordre épileptique. Au bout de quelques minutes, tout cesse, l'enfant ne souffre plus, la douleur s'atténue, le membre reprend sa souplesse et sa coloration normale.

Le lendemain, l'enfant présente trois crises semblables. Les jours suivants, elle n'en a pas. Le premier novembre, elle a trois ébauches de crises. Dans la nuit du 6 au 7, elle est réveillée par un engourdissement douloureux du bras gauche, qui dure cinq minutes, puis elle se rendort.

Les premiers jours, dans l'hypothèse d'une épilepsie, on a prescrit du gardénal, qui n'a rien fait, puis de l'aspirine. A partir du 8 novembre, on a recours aux bains chauds, et depuis les crises ont disparu.

L'enfant sort le premier décembre, en bonne santé. Elle revient à la consultation le quinze décembre, elle n'a toujours pas de crises.

Pendant le séjour de l'enfant, diverses recherches sont poursuivies par M. Paraf, puis par M. Janet.

Le *pouls* est régulier, à 80 : la *pression artérielle*, au Pachon, de 12 pour le maxima, de 7 pour la minima. Le *réflexe oculo-cardiaque* est très accentué : après la première crise observée, on compte 84 pulsations avant la compression oculaire et 48 pendant, ce qui fait une diminution importante, de 36. Par contre, ni *l'injection sous-cutanée de 1 milligramme d'adrénaline* ni les épreuves du froid du chaud et n'ont d'influence appréciable sur la pression artérielle. Enfin, le *métabolisme basal*, recherché par M. Janet, est de 40.4, inférieur de 6 % à la moyenne, c'est-à-dire normal.

D'autre part, l'orthodiagramme dessiné par M. Duhem montre un cœur un peu gros, une oreillette droite saillante, un hémi-cercle aortique très visible, une aorte descendante visible sur une grande étendue, du type sénile. La palpation fait percevoir la pulsation aortique derrière la fourchette sternale, on entend un souffle systolique de la base, difficile à localiser.

L'électro-cardiogramme, recueilli par M. Petit, est normal.

Les symptômes présentés par cette jeune malade ne sont certes pas ceux de la maladie de Raynaud : Il s'agissait, au contraire, du syndrome inverse, du *syndrome de Weir-Mitchell*,

***

Weir-Mitchell a décrit en 1878 le syndrome qui porte son nom et qu'on appelle encore érythromélalgie.

Il consiste en des *accès paroxystiques* douloureux, avec rougeur et gonflement localisés aux extrémités d'un ou de plusieurs membres, aux pieds, surtout aux mains, et souvent symétriques.

L'accès débute brusquement. Le malade éprouve une douleur très vive, une sensation de brûlure ; la peau est rouge, un peu gonflée, chaude, parfois hyperesthésiée, souvent couverte de sueurs. L'accès dure quelques minutes. Il se reproduit à des intervalles variables.

On trouve dans la littérature peu d'observations de ce syndrome chez l'enfant et je ne me souviens pas de l'avoir rencontré avant la malade dont je viens de vous parler. Elle en est un exemple typique. Je pourrais vous citer une observation tout à fait comparable publiée par M. Luis Calvo, dans *Archivos latinos americanos de Pediatria*, en 1914, concernant un garçon de 8 ans ; décrire les crises éprouvées par cet enfant serait répéter la description que je viens de faire.

***

Il ne faut pas confondre le *syndrome de Raynaud* et le *syndrome de Weir-Mitchell*. Le premier est caractérisé par la syncope locale, l'asphyxie locale et quelquefois la gangrène : il se produit un arrêt de la circulation ; la peau est froide, d'abord pâle, puis violacée. Dans le second, au contraire, il semble que la circulation soit plus active, puisque la peau, loin de se décolorer, prend une coloration rouge vif, devient chaude ; il y a enfin ces douleurs extrêmement vives, qui n'existent pas à la phase de syncope locale.

Il ne faudrait pas croire toutefois que ces syndromes soient essentiellement différents l'un de l'autre. Depuis longtemps, les observateurs ont constaté entre eux de multiples rapports. Ils peuvent se succéder chez un même malade ; à une certaine période existe le syndrome de Raynaud, plus tard, le syndrome de Weir-Mitchell ; notre jeune malade a peut-être même présenté un syndrome de Raynaud dans son enfance, puisque alors de temps en temps ses extrémités devenaient très froides. Ils peuvent alterner ; à certaines périodes, on observe le syndrome de Raynaud, à d'autres, le syndrome de Weir-Mitchell. Ils peuvent même coexister : Potain a vu chez un même malade l'érythromélalgie au niveau d'un membre et la syncope locale au niveau de l'autre.

D'ailleurs, le syndrome de Raynaud n'est pas complètement isolé dans la pathologie. Chez les enfants notamment, on retrouve des états analogues, qu'il est intéressant de signaler.

Je ne m'arrête pas sur l'action qu'a l'exposition au *froid* sur les extrémités. Les symptômes sont identiques : un doigt se décolore, devient mort, puis il se recolore et se réchauffe, en même temps que le sujet éprouve les sensations de l'*onglée*. C'est en somme une syncope locale qui reconnaît pour cause le froid, tandis que dans le syndrome de Raynaud la syncope survient d'une façon pour ainsi dire spontanée.

Chez les enfants, nous observons souvent l'*acro-cyanose* ou l'*acro-asphyxie*. Ces enfants ont les extrémités froide violacées, un peu tuméfiées, humides, surtout l'hiver et par les temps froids.

Ce qui différencie l'acro-cyanose du syndrome de Raynaud, c'est que la première est un *état permanent*, tandis que ce dernier est constitué par des paroxysmes.

Assez souvent, chez l'enfant atteint d'acro-cyanose, il existe en outre, sur les jambes et sur les cuisses, des marbrures qu'on décrit sous les noms de *livedo*, *livedo annularis*, *cyanose réticulaire*, *peau marbrée*. Ce sont des phénomènes de même ordre.

Enfin, les enfants, qui ont de l'acro-cyanose, ont assez souvent des *engelures*, de l'*érythème pernio*. Ces engelures siègent au niveau des doigts, des orteils, quelquefois du nez, du lobule de l'oreille. Dans un premier degré, apparaît une tache rouge violacé, à base infiltrée. Dans un second degré, se forme une *phlyctène*, qui crève et laisse une exulcération irrégulière à fond grisâtre, atone, où suinte un peu de sérosité louche. La lésion peut creuser le derme ; quand la séparation s'est effectuée, il reste une cicatrice étoilée plus ou moins persistante. Pendant cette évolution, le malade éprouve des démangeaisons insupportables, une cuisson douloureuse.

Il existe de grandes analogies entre le syndrome de Raynaud d'une part, l'acro-cyanose et les engelures, d'autre part. Maurice Raynaud les avait remarquées. Il écrit : « Quand la gangrène débute par une couleur livide diffuse, elle est presque toujours confondue au commencement avec les engelures.... (et il est fort probable qu'elles ont plus d'un rapport avec la gangrène de la peau)... Défiez-vous d'engelures survenues simultanément à plusieurs doigts des deux pieds et des deux mains, dans une saison et par une température où elles ne sont pas habituelles. »

Assez souvent chez l'enfant, le syndrome de Raynaud est précédé par de l'acro-cyanose et des engelures, ou par des manifestations qualifiées de cette appellation. Le diagnostic est presque impossible pendant un temps plus ou moins long.

Quand il s'agit de *gangrène symétrique des extrémités*, le diagnostic peut présenter également des difficultés. Il ne faut pas la confondre avec les *gangrènes* survenant à la suite d'*artérites* ou d'*embolies*, dans les maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la pneumonie, avec les

© BIU Santé

gangrènes cutanées dues à des infections de la peau, avec les *gangrènes du purpura*. Chez l'enfant, nous n'avons pas à nous occuper de *gangrène sénile*.

***

Envisageons maintenant dans quelles circonstances se produisent les syndromes que je viens de décrire ? Que sait-on de leur ÉTIOLOGIE ?

Le SYNDROME DE RAYNAUD est surtout commun chez les jeunes gens et les adultes jeunes. C'est de 18 à 30 ans qu'on l'observe, principalement vers 25 ans. Il est exceptionnel après 40 ans. Il n'est pas rare *chez les enfants*. Maurice Raynaud en rapporte 3 [illegible] chez des enfants de 3 ans, 3 ans et demi et 8 ans et demi. De nombreuses observations sont réunies dans les thèses de Rossignol, en 1889, de Mangue, en 1895, de Sommelet, en 1901, de Tridon, en 1913 ; je ne cite que celles consacrées plus particulièrement à la maladie de Raynaud chez l'enfant.

On peut rencontrer le syndrome de Raynaud chez les enfants de 6, 7, 9 mois. La proportion des cas chez les sujets jeunes, ayant moins de 20 ans, est assez élevée. Avec les statistiques de Morgan et de Cassirer j'ai établi les moyennes suivantes. Sur 100 cas de maladie de Raynaud survenue à tout âge, on en trouve avant 20 ans, 41,6 d'après Morgan, 32,7 d'après Cassirer. D'après le premier, 13 9 % des cas et, d'après le second, 13,1 % se rencontrent avant 5 ans. Chez nos enfants, l'affection a débuté à 13 mois et à 6 ans.

On dit généralement que le syndrome de Raynaud est surtout l'apanage de la femme. Chez l'enfant il ne semble pas qu'il y ait une telle prédisposition du sexe féminin : on le voit aussi bien chez les garçons que chez les filles. Nos deux malades étaient des garçons.

Le syndrome de Raynaud se manifeste pendant la *saison froide* ; mais il n'est pas nécessaire d'un froid vif pour le provoquer ; un simple changement de température, la sortie du lit par exemple, peut suffire pour provoquer un accès.

On le voit apparaître après des *maladies infectieuses*, après la rougeole, comme chez les enfants observés par Busacca, Courchet, Myers ; après la varicelle, comme chez un malade de Bellamy ; après la fièvre typhoïde, etc. ; mais il faut éviter de prendre, en pareil cas, pour un syndrome de Raynaud des gangrènes relevant des causes que j'ai citées tout à l'heure.

Deux maladies infectieuses ont surtout retenu l'attention : la tuberculose et la syphilis.

La *tuberculose*. Par exemple, le professeur E. Weil, de Lyon, en 1894, rapporte les observations de deux filles, âgées de 13 et de 14 ans, qui présentèrent des syndromes de Raynaud au cours de tuberculoses pulmonaires caséo-ulcéreuses subaiguës. M. Mussio Fournier, en 1917, dans *Archivos latino-americanos de Pediatria*, a publié l'observation d'un garçon de 12 ans, atteint d'une tuberculose subaiguë fébrile avec cyanose, œdème, algidité, albuminurie, qui se compliqua de méningite tuberculeuse ; au cours de celle-ci apparurent des accès d'asphyxie symétrique des extrémités ; la complexité des facteurs rend, dans ce cas, difficile d'apprécier le rôle de la tuberculose.

La *syphilis*. Ernst Schiff, chez une fille de 2 ans ; Krisowski, dans un cas ; Durante, dans 2 cas, ont observé le syndrome de Raynaud chez des hérédo-syphilitiques. Monro, en 1899, dit que l'hérédité spécifique peut être incriminée dans 3 % des cas.

Deux observations intéressantes ont été publiées, en 1913, dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, par Andreas Bosanyi, de Buda-Pesth. Il s'agit de filles manifestement hérédo-syphilitiques. La première était traitée depuis l'âge de 6 semaines, quand, à 17 mois, elle fit des accès de cyanose des extrémités ; son Bordet-Wassermann était positif ; les accès disparurent après des injections intra-musculaires de salvarsan, en même temps que la séro-réaction devenait négative. L'autre était âgée de 2 ans ; elle avait un condylome anal, des ulcérations palatines, un Wassermann fortement positif ; en plein traitement par le salvarsan, elle fit des accès d'asphyxie des extrémités, qui disparurent après deux mois de traitement, en même temps que la séro-réaction devenait négative.

On peut voir enfin le syndrome de Raynaud au cours d'*affections du système nerveux* (méningite, hydrocéphalie), d'*affections des reins* ; mais c'est surtout chez l'adulte qu'il apparaît au cours des néphrites.

Des faits que je viens d'exposer ne se dégage aucune notion bien précise. Souvent d'ailleurs on ne trouve pas d'étiologie avérée, on ne peut que répéter, cinquante ans après Maurice Raynaud, ses conclusions : « Il faut bien le dire, chez un grand nombre de malades....., la santé générale ne laissait rien à désirer au moment de l'invasion des accidents. »

Retenons cependant le rôle du *tempérament* et des *troubles endocriniens*.

Le rôle du tempérament, Raynaud l'a reconnu, quand il écrit que sa maladie « atteint principalement les individus à prédominance, lymphatique et nerveuse..., les femmes plus ou moins sujettes à différents accidents névropathiques. » Le rôle des troubles endocriniens, il l'a entrevu en disant que, dans plusieurs cas, « une suppression menstruelle avait paru jouer nettement le rôle de cause occasionnelle et la guérison avait coïncidé avec le retour des règles. »

Aujourd'hui encore on attribue une influence à la prédisposition nerveuse. « Pour nous en tenir aux observations de syndromes de Raynaud chez l'enfant, écrit M. Tridon, la maladie se rencontre chez des sujets nerveux et impressionnables, ayant des antécédents neuropathologiques, soit personnels, soit héréditaires. »

Aujourd'hui également on incrimine volontiers des troubles endocriniens ; mais on possède véritablement peu de notions précises à leur sujet.

Les deux malades que je vous ai présentés ne paraissaient pas particulièrement névropathes et nous n'avons décelé chez eux aucun trouble endocrinien bien appréciable.

Etant données les relations cliniques entre le syndrome de Raynaud, l'ACRO-CYANOSE et les ENGELURES, il est permis de tirer quelques renseignements des données étologiques relatives à ces dernières.

L'acro-cyanose et les engelures se rencontrent surtout pendant la grande enfance.

Un médecin suisse, M. Thomas, a publié en 1921, dans la *Revue suisse de médecine*, un travail sur l'*acro-cyanose pendant la période scolaire*. Il a observé l'acro-cyanose chez des enfants de 7 à 14 ans : 40 filles, 12 garçons. Souvent il a trouvé des symptômes d'hypothyroïdie, chez 30 filles et 11 garçons. Rarement il a noté l'influence de l'ovaire ; deux enfants seulement étaient réglées, toutefois quand la menstruation s'établit, la proportion des acro-cyanoses diminue considérablement.

Le rôle des troubles endocriniens a été relevé par le professeur Hutinel et M. Maillet dans un mémoire sur les *dystrophies glandulaires* paru dans les *Annales de Médecine*, en 1921.

Il n'est pas rare de rencontrer des enfants, qui, à la période pubertaire, ont une croissance très rapide, présentant de la scoliose, de l'albuminurie orthostatique, de la tachycardie, de l'hypotension artérielle ; ils présentent souvent ce syndrome que le professeur Hutinel a appelé *dystrophie des adolescents*. Or ces sujets ont souvent de l'acro-cyanose, du livedo et même des engelures. Ces troubles relèvent de l'hypotension artérielle et de la stase veineuse. « Ces stases, écrivent MM. Hutinel et Maillet, modifient profondément la nutrition et la résistance des tissus : sous l'influence du froid, les engelures ne tardent pas à se produire et l'on voit se former des ulcérations torpides d'une durée interminable. » Parfois même apparaît l'asphyxie symétrique.

Quant à l'hypotension, elle relèverait, pensent MM. Hutinel et Maillet, des troubles endocriniens, de l'insuffisance thyroïdienne, hypophysaire et surtout surrénale.

Je ne puis aujourd'hui aborder l'étude du rôle joué par les troubles des sécrétions internes. Il règne sur ce sujet, beau-

© BIU Santé

coup d'hypothèses. L'accord n'est pas encore fait relativement aux glandes qui joueraient un rôle. Pour M. Maranont par exemple, le corps thyroïde, l'hypophyse, les surrénales, ne jouent aucun rôle; pour lui, n'intervient guère que l'insuffisance des glandes sexuelles ; il désigne l'acro-cyanose sous les appellations de *main hypogénitale* et de *chevilles hypogénitales*.

Le SYNDROME DE WEIR-MITCHELL s'observe surtout chez l'adulte, de 20 à 40 ans. Les observations recueillies chez l'enfant sont rares. Je ne puis guère citer que les faits publiés par Henoch en 1892 et par Baginsky. Plus récemment M. Nicolo Serio-Basile, a relaté dans *La Pediatria*, en 1908, l'observation d'une fille de 5 ans ; j'ai déjà cité le cas du garçon de 8 ans observé par M. Calvo. Notre malade est une fille de 14 ans.

On invoque le *nervosisme*. Il est manifeste chez la fillette dont j'ai relaté l'histoire ; les crises qu'elle a présentées et que l'on a pu prendre pour des attaques d'épilepsie, semblent bien avoir été des manifestations pithiatiques.

On invoque encore les *émotions*. Chez le garçon observé par M. Calvo, le syndrome est apparu après un bain et une grande frayeur.

On invoque enfin les *fatigues*, les *infections*.

Parmi les infections, la *syphilis* mérite de nous arrêter un instant. Les adultes, atteints d'érythromélalgie sont assez souvent syphilitiques ; à la *Société médicale des hôpitaux*, le 29 juin 1923, MM. Etienne May et Pierre Hillermand ont rapporté 2 cas d'érythromélalgie chez des syphilitiques. Chez l'enfant, la syphilis ne paraît pas jusqu'ici avoir retenu l'attention ; elle n'est pas mentionnée dans les observations que j'ai citées; notre malade, en tout cas, n'était pas syphilitique.

On incrimine parfois des *troubles endocriniens* pour expliquer le syndrome de Weir-Mitchell. Ils ne sont pas constants. Chez leurs deux adultes, MM. May et Hillemand n'ont «trouvé aucun signe net de déficience endocrinienne, sauf peut-être, dans un cas, un début un an après une ménopause précoce.» Chez les enfants, MM. Serio-Basile et Calvo n'en font pas mention. Notre malade était bien développée pour son âge, ne présentait aucune dystrophie ; elle n'était pas hypothyroïdienne et son métabolisme basal était normal ; elle avait eu ses premières règles de bonne heure ; sans doute elle présentait de l'aménorrhée, mais c'est un phénomène bien banal à opposer à la rareté du syndrome de Weir-Mitchell.

Chez notre malade, il existe peut-être une cardiopathie et, en tout cas des modifications du volume du cœur et de l'aorte, décelables à la radioscopie. Je signale le fait sans en tirer de conclusions.

Somme toute, l'étiologie du syndrome de Weir-Mitchell comme celle du syndrome de Raynaud, présente encore bien des inconnues. Il est donc intéressant de poursuivre avec méthode l'étude des malades qu'on a l'occasion d'observer.

Je ne veux pas aujourd'hui aborder la PATHOGÉNIE ? Elle comporte encore bien peu de certitudes.

Maurice Raynaud faisait de son syndrome la conséquence d'un *trouble de l'innervation sympathique*, portant vraisemblablement sur les centres vaso-moteurs médullaires, mais peut-être aussi sur les ganglions juxta-vasculaires. A l'heure actuelle, on donne la même explication et pour le syndrome de Raynaud et pour celui de Weir-Mitchell.

Le professeur Henri Claude, en 1922, dans le *Précis de pathologie interne*, les décrit tous deux parmi les *névroses vaso-motrices et trophiques*. M. Harvier, en 1921, dans le *Traité* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix les classe au nombre des *syndromes sympathiques périphériques*. Le syndrome de Raynaud serait une *affection angio-spastique*, le syndrome de Weir-Mitchell résulterait d'une *paralysie vaso-motrice des extrémités*.

Le grand sympathique joue certes un rôle considérable en pathologie comme en physiologie. Mais quand on cherche à préciser son intervention dans les syndromes que je viens de décrire par les divers examens ou épreuves qui ont été proposées, on ne constate rien ou presque rien de positif C'est du moins le résultat des recherches poursuivies chez nos malades.

Malgré les incertitudes qui règnent sur l'étiologie et la pathogénie, il est possible d'instituer un TRAITEMENT assez efficace dans un certain nombre de cas,

La *thérapeutique étiologique* vise la cause ou les causes qu'on peut découvrir, et, en particulier, la syphilis. Les observations de M. Bosanyi, par exemple, sont intéressantes à cet égard, bien que difficiles à interpréter.

Le *traitement physiologique* est également *symptomatique*. Pour le syndrome de Raynaud, il a pour but de combattre le *spasme* par la valériane, les bromures, la belladone, etc. ; de combattre la *douleur* par les analgésiques, tels que l'aspirine, les frictions avec de l'huile camphrée ou des liniments calmants. L'*hydrothérapie chaude*, générale et locale, est particulièrement indiquée ; mais il faut prendre les précautions voulues pour ne pas infecter les plaies et les eschares ; on conseille encore l'*électrothérapie* sous forme de courants continus ou de haute fréquence.

Pour le syndrome de Weir-Mitchell, il faut au contraire exciter les vaso-moteurs et combattre la vaso-dilatation. Les *applications* froides sont particulièrement utiles ; c'est le froid qui calme le mieux les douleurs. Certains malades ne ne sont soulagés qu'en plongeant le membre dans l'eau froide.

Entre les crises on essaye de modifier le *tempérament* particulier. On a recours aux modificateurs du système nerveux et, le cas échéant, à l'opothérapie, notamment à l'opothérapie ovarienne, s'il existe des troubles de la menstruation.

Quand il existe de la gangrène symétrique des extremités, on réalise l'asepsie et l'antisepsie, pour éviter ou traiter les infections secondaires et on applique des substances modificatrices appropriées,

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

ANTHROPOLOGIE

L'inclusion des silex taillés, révélée par la radiographie, dans les os préhistoriques

PAR

Dr **André ROUILLON**
(de Chantonnay, V.),
Ancien interne des hôpitaux de Nantes.

Dr **Marcel BAUDOUIN**
(de Croix-de-Vie, V.)
Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Nantes et de Paris.

Au cours de l'étude d'os pathologiques recueillis dans des ossuaires de l'âge de la pierre polie, l'un de nous avait songé à utiliser la radiographie pour spécifier les détails intimes des lésions constatées au simple examen macroscopique (fractures, exostoses, hyperostoses, ostéophytes, etc.)

Or, à la revision de diverses épreuves, on a eu la surprise de constater que, derrière les faits apparents, se cachaient parfois des circonstances tout à fait imprévues : telle l'INCLUSION DES SILEX TAILLÉS !

Les observations suivantes, extraites de la thèse de l'un de nous (1), vont en donner une idée excellente et permettre de se rendre compte de la façon dont les choses ont pu se passer en pareille occurrence.

OBSERVATIONS.

PÉRIODE DE LA PIERRE POLIE.

Ossuaire des Cous à Bazoges-en-Pareds (Vendée).

(1) Dr André ROUILLON. — *Les lésions osseuses préhistoriques de la Vendée*. Paris, thèse de doctor., 1924, janvier, in-8°, 267 p., 90 *figures*.

© BIU Santé

OBSERVATION I.

EXOSTOSE IRRÉGULIÈRE PAR PÉRIOSTITE D'UNE FACE D'UN FÉMUR (n° VII).

Rédaction inédite (1).

Os. — Un très petit fragment d'une moitié de fémur d'adulte, n'ayant que 45 millimètres de longueur et une face (conservée ?) de 18 millimètres de large, présente sur celle-ci une *production osseuse*, d'origine manifestement périostique, plaquée sur l'os et collée à lui (*Fig.* 1), faisant une saillie de 8 millimètres au maximum, longue de 20 millimètres et large de 13 millimètres à son centre.

Ostéopériostite. — Ce n'est pas le fémur qui a été blessé et malade, ni sa substance qui a réagi: mais; c'est le périoste qui a produit une sorte de *boursouflure osseuse*.

On dirait un triangle ou plutôt une pyramide triangulaire de 20 millimètres sur 13 millimètres de base et de 8 millimètres de hauteur, soudée au fémur et constituée par de fins trabécules osseux à vacuoles (FIG. 1).

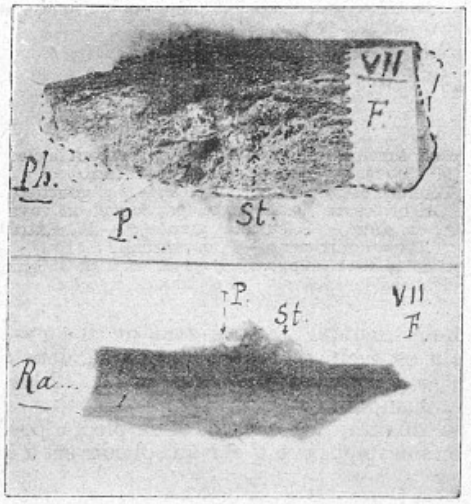


Fig. 1. — PHOTOGRAPHIE d'une EXOSTOSE (cas VII) du fémur. — Vue de *face*. — Phot. Rouillon-Baudouin. — *Légende* : P, Cavité allant sous l'ostéophyte (St), d'origine périostique (1) ; F., Fémur.

Fig. 2 (2). — RADIOGRAPHIE (*Ra.*) de l'Exostose de l'observation n° 7 (*Rad.*) : Dr Brillouet (Nantes). — Vue de *profil*. *Légende* : P, Trou sous l'exostose ; St, Ostéophyte spécial.

Il s'agit là d'un tissu pathologique d'irritation, d'origine périostique.

Cavité à corps étranger. — Chose curieuse, cette pyramide est pourvue à sa base d'une *cavité* triangulaire, de 6 mm. sur 7 millimètres, sur laquelle elle semble *moulée*, car il a dû y avoir là un CORPS ÉTRANGER, solide, l'ayant délimitée.

M. le Dr Baudouin, qui n'a jamais rencontré de pièce semblable, pense qu'il s'agit d'une POINTE DE FLÈCHE NÉOLITHIQUE, lancée sur la cuisse d'un sujet, ayant pénétré à travers la peau et s'étant logée entre le *périoste* et l'*os fémoral*.

Exostose. — Le traumatisme aurait déterminé la production nouvelle d'un tissu osseux d'origine *périostique*, ayant produit à la longue cette très irrégulière *Exostose* (*Fig.* 2).

Après la mort, la pointe de flèche serait tombée à terre, lors de la décarnisation du cadavre ; et aujourd'hui il ne persiste que ce qui maintenait sa pointe en place !

Cette superbe et rare pièce pathologique, d'une interprétation des plus délicates, explique désormais les autres cas connus de pointes de flèches de la pierre polie, « semblant avoir pénétré » dans les os (1).

Or, elles ont été simplement plaquées sur eux par des productions osseuses, d'origine périostique, dues à de l'ostéite, provoquée par l'infection de la plaie traumatique, avec corps étranger infecté.

La *photographie* montre l'exostose périostique de face et l'on voit en P la place que devait occuper le corps étranger, recouvert en partie par l'exostose St, plaquée sur la face de l'os (*Fig.* 1).

Par contre, la *radiographie* montre l'exostose St de profil, et indique que cette dernière s'étend sur 20 millimètres de hauteur, avec une épaisseur maximum de 5 millimètres (*Fig.* 2).

Il est facile de voir que, l'os normal étant *très noir* et sans aspect fibrillaire, la néoformation osseuse d'origine périostique est constituée par un tissu très clair, par endroits, c'est-à-dire moins dense : ce qui tient à son développement récent et surtout d'origine périostique.

En effet, il n'y a, semble-t-il, pas de pénétration de l'exostose dans la substance même de l'os long. On dirait deux portions osseuses très différentes, simplement superposées !

Comparaisons. — 1° Tel est le cas du fameux *cubitus* du Musée de Toulouse, dont la *flèche* en silex correspond en réalité au niveau du ligament interosseux et qui a été plaquée sur cet os par des stalactites de nature périostique, comme l'a démontré M. Baudouin (2), à la *Société d'Anthropologie de Paris*, quand cet exemplaire lui fut soumis (3).

2° Le tibia du Dolmen de Fontréal (Aveyron) (4), qui présente une pointe de flèche en silex (5), est exactement comparable au débris de Bazoges-en-Pareds. Celui-ci n'en devient que plus démonstratif et plus intéressant !

3° Le tibia gauche de la grotte sépulcrale de Gémenos (Le Baron, p. 53) (Bouches-du-Rhône) (Muséum). — Pointe de flèche avec traces de réparation.

OBSERVATION II.

(*Inédite*).

EXOSTOSE PÉRIOSTIQUE TRAUMATIQUE AVEC CORPS ÉTRANGER (SILEX) *in situ*.

Premier métatarsien, du côté *droit*, d'un sujet masculin sans doute (n° 1).

Au quart inférieur de sa face interne, il présente *deux ostéophytes*, allongés, d'arrière en avant et parallèles, laissant entre eux une *goultière* de 3 millimètres de large et profonde de 4 millimètres.

Ce sont des ossifications des insertions ligamenteuses, d'une part de la face inférieure, d'autre part de la face supérieure, qui se poursuivent presque jusqu'au milieu de la face interne.

La lésion est surtout marquée au niveau de l'insertion du ligament interne de l'articulation métatarso-phalangienne, car là les ostéophytes sont très irréguliers (Fig. 3 et 4).

Mais il n'y a absolument rien au niveau même de l'articulation :

1° La PHOTOGRAPHIE indique bien qu'il y a eu sur cet os formation de deux exostoses ou ostéophytes, placées sur le

(1) Parue, antérieurement in *Arch. Prov. de Chir.*, 1914, p. 22-37.
(2) Cliché du *Nouveau Journal des Médecins*.

(1) Bien entendu nous n'avons pas à parler ici des os ayant des pointes de deux flèches dans leur intérieur, *sans reaction osseuse*. — Ces faits sont d'ailleurs d'une interprétation très difficile :
(2) *Bull. Soc. Anthr.*, Paris, 1902, 19 juin, p. 612.
(3) La flèche du cubitus de Toulouse est publiée (A.F.A.S., 1902, p. 900) avec une photographie. Un travail spécial a été consacré à ce fait. Germain PICARD : *Note sur un cubitus humain*, etc., *Bull. Soc. Et. Scient. de l'Aude*, 1901, t. XII. — La pièce vient de la grotte du Rec-de-las-Balmos, près Cannes (Aude).
(4) Voir CARTAILHAC : *La France préhistorique*, p. 254.
(5) PRUNIÈRES (A.F.A.S., 1882, p. 832) a décrit une flèche en silex, ayant, dit-il, pénétré dans le tibia. Du Cleuziou (*La Création*, page 167) a reproduit ce cas. Sa figure n'est pas claire. — En tous cas, il s'agit de la flèche du dolmen de Fontréal (St-Rome-du-Tarn, Aveyron) (M. Baudouin).

© BIU Santé

bord interne du premier métatarsien : l'une (O) est inférieure ; l'autre est supérieure (S), à une gouttière (G) antéro-postérieure, où pas-ait le tendon et la gaine de l'adducteur propre du gros orteil (Fig. 3).



Fig. 3. — PREMIER MÉTATARSIEN du côté *droit*, atteint de PÉRIOSTITE, avec *ostéophytes*, formant gouttière longitudinale, sur la face inférieure : gouttière du tendon du muscle. Phot. M. Baudouin-Rouillon. — *Echelle* : presque grandeur nature. (*Réduction* de 1/10).
Sous l'ostéophyte de gauche, ou inférieure, est plaqué le corps étranger, qu'a révélé la radiographie (Voir Fig. 4) (1).

M. M. Baudouin, autrefois, n'avait vu là qu'une manifestation d'origine périostique, de l'ostéo-arthrite déformante, si fréquente sur cet ossement du pied ! Le cas paraissait très démonstratif au point de vue de l'origine de la maladie ; et il semblait manifeste que tout avait dû débuter par les insertions osseuses des ligaments et le périoste correspondant ; que donc il s'agissait d'une affection du *périoste* et des *ligaments*, c'est-à-dire du *tissu fibreux* et non du *tissu osseux*...

2° Mais la RADIOGRAPHIE est venue détruire ce diagnostic, d'une façon brutale (Fig. 4) !



Fig. 4. — PREMIER MÉTATARSIEN *droit* avec *périostite* et *corps étranger* en (*silex*). — RADIOGRAPHIE du Dr Brillouet (Nantes) (1). — *Légende* : On voit le *corps étranger*, sous l'aspect d'un triangle très noir, au-dessous de la tête de l'os (2). Grandeur nature.

En effet, elle a montré, faite par la face externe, que *in situ*, c'est-à-dire dans l'intérieur même de l'ostéophyte inférieur, existait une lamelle de silex, en triangle isocèle, très opaque et très reconnaissable par suite.

Cet éclat, qui n'est pas une pointe de flèche, mais un vulgaire *débris de taille*, mesure 13 millimètres de long et est large de 4 millimètres à la base, qui est tournée du côté de l'épiphyse.

Ce silex est plaqué à plat, sur la face interne de l'os et son grand axe est parallèle à celui du métatarsien, c'est-à-dire longitudinal. D'ailleurs sur la pièce même, en y regardant de près, on constate qu'il existe au point O (Fig. 5), un petit orifice allongé par lequel, quand on le sait, on aperçoit nettement, sous la néo-formation osseuse, une partie de la lame de silex, qui apparaît bleuâtre et assez épaisse (1 à 2 millimètres au moins) (Fig. 5).

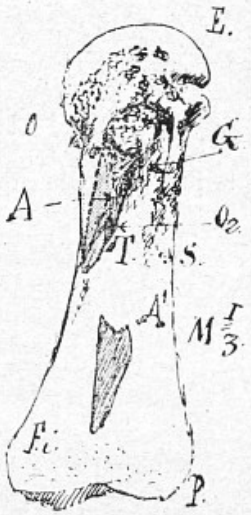


Fig. 5. — Dessin schématique (Rouillon), représentant la pièce ci-dessus (*Fig.* 4). (M^t. 3) (1). — *Echelle* : grandeur nature.
Légende : E, Tête de l'os ; — O, ostéophytes ; — G, gouttière ostéophytique ; — Or, orifice de l'ostéophyte, par lequel on voyait le corps étranger, A, en *silex*. — S, surface grenue ; — Fi, Extrémité articulaire ; — T, Trou nourricier ; — P, os normal.
A', reproduction du *silex*, supposé *dégagé* et sorti de sa gangue ostéophytique. (Dimensions réelles). — Le SILEX est en *grisé*.

3° Comment expliquer la présence de ce corps étranger inclus ? Cela est facile, comme l'a indiqué, dans une communication à l'*Académie des Sciences* le 12 mars 1923, M. le Dr M. Baudouin (2).

L'homme néolithique, marchant nu-pied, a posé le bord interne de son pied droit sur un sol couvert d'éclats de silex.

L'un de ces fragments très aigus a sectionné la peau et a été entraîné, par les mouvements des muscles de l'organe jusque dans le périoste tapissant la face interne du premier métatarsien et s'y est fixé fortement (3).

Le silex est demeuré là, la place s'étant refermée et cicatrisée sans suppuration (4). Ce corps étranger a déterminé de la périostite de chaque côté du tendon de l'adducteur (5), laquelle a produit les deux ostéophytes, allongés d'avant en arrière (6)

Le silex a été encastré dans l'ostéophyte inférieur et appliqué ainsi fortement sur le tissu osseux du métatarsien.

L'irritation s'est calmée à la longue ; et les choses sont restées en état jusqu'à la mort du sujet, bien entendu.

C'est là une magnifique observation, d'une haute portée scientifique. Il est inutile de dire que c'est le seul cas connu dans la science d'un traumatisme de ce genre ! Il prouve la haute valeur de la radiographie au point de vue

(1) Clichés *inédits*.
(2) Cliché de la *Médecine Internationale*.

(1) Cliché *inédit*.
(2) Marcel BAUDOUIN. — *Radiographies d'os humains pathologiques de la Pierre polie.-C.R. Ac. des Sc.*, Paris, 1923, séance du 12 mars.
(3) C'est par ce mécanisme que se fixent sur la surface des grands os (fémur, tibia, cubitus, etc.), les *pointes de flèche* ayant blessé les hommes préhistoriques. La chose est très nette, en particulier sur le cubitus du Musée de Toulouse, qui a une pointe de flèche plaquée sur l'une de ses faces par un ostéophyte assez notable ; mais, pour que l'exostose se produise, il faut, bien entendu, que le sujet, blessé, survive à l'accident !
(4) En effet, une suppuration aurait éliminé le silex, tout comme un séquestre.
(5) L'extenseur propre du gros orteil passe plus haut.
(6) L'ostéophyte inférieur est bien plus considérable que l'autre, au demeurant, qui est réduit à une lamelle de 3 millimètres d'épaisseur. Il atteint à l'épiphyse 8 millimètres de large et descend sur une longueur de 30 millimètres, puisque jusqu'à l'épiphyse supérieure il n'est pas aplati, mais triangulaire et en somme moule le *silex* qu'il enveloppe.

© BIU Santé

du diagnostic précis des lésions osseuses préhistoriques. Il faut donc y recourir, toutes les fois qu'on le peut.

***

Remarques sur la radiographie des silex. — Le silex blond ordinaire réagit faiblement aux rayons X. La coloration obtenue sur le cliché est en tout cas plus faible que pour un os normal, même dans le cas de pointes de flèche assez épaisses et de pointes de poignards.

Toutefois, certains silex colorés sont d'une reconnaissance plus facile ; par contre, les roches dures (densité : 3 environ), comme celles constituant les haches polies, donnent des images notablement plus foncées. La jadéite présente une opacité moyenne.

Le cuivre (densité 8,9) est franchement noir, très noir même, comme les balles de fusil moderne. L'opacité est maximum.

Il est donc facile, en présence d'un corps étranger inclus dans un os préhistorique, de savoir s'il s'agit de pierre (silex ou roche dure) ou de métal (cuivre et bronze ou fer).

M. le Dr M. Baudouin a fait, autrefois, avec le radiologiste Foveau de Courmelles (de Paris), des recherches spéciales sur ce sujet, auxquelles nous renvoyons.

Ainsi donc, le cas cité dans l'observation précédente, et que M. M. Baudouin a fait présenter par le Pr Charles Richet à l'Académie des Sciences, est en effet des plus intéressants, comme on vient de s'en rendre compte. Il est nettement pathologique et *traumatique* et devait donc attirer tout particulièrement l'attention et être classé à part.

M. Baudouin a publié un autre cas de ce genre pour un astragale, de Bazoges-en-Pareds ! Mais c'est là un accident de *décarnisation* après la mort, qui n'a aucun rapport avec a pathologie proprement dite.

Conclusion. — Il faut conclure de là que désormais la *Radiographie* s'imposera pour nombre de *lésions préhistoriques osseuses* à pathogénie obscure ou à caractères inaccoutumés. On ne devra donc jamais négliger d'y avoir recours, le cas échéant.

FAITS CLINIQUES

Un cas complexe de radiodiagnostic urinaire

Par MM. A. Hayem et P. Mizon.

La radiographie a apporté un appui sérieux au diagnostic de la lithiase rénale. Avec un appareillage suffisant et une technique convenable, la plupart des calculs opaques aux rayons X sont décelés sur le cliché. Cependant la prise correcte de radiogrammes classiques des reins se montre parfois insuffisante pour trancher radicalement un diagnostic, dont dépend l'intervention sanglante. C'est qu'en effet, les ombres pathologiques révélées par le film dans les hypocondres sont nombreuses qui peuvent être confondues avec des calculs de l'arbre urinaire. Signalons comme principales : les calculs biliaires, les calcifications costales, les ganglions mésentériques calcifiés, les phlébolithes, les concrétions artérielles, les calculs stercoraux, les noyaux calcifiés de tumeurs de la région, etc.

Aussi, dans les cas incertains, serait-il bon, après cystoscopie et cathétérisme, de compléter parfois les clichés ordinaires, par la pyélographie ou par un pneumo-rein.

Si, en général, après l'examen clinique — qui toujours doit rester maître du terrain et statuer en dernier ressort —, après les recherches de laboratoire et la radiographie, le diagnostic se dégage assez facilement des éléments rassemblés, il n'en est cependant pas toujours ainsi, et il arrive que, par suite de certaines coïncidences, on soit enraîné à des erreurs, que l'on pourrait dire... logiques.

Citons à ce propos celles mentionnées par Arcelin (L'exploration radiologique des voies urinaires. Masson, édit.).

1° Un malade a été plusieurs fois opéré pour des calculs de la vessie. Des radiographies du rein droit montrent chez lui une ombre anormale, mobile avec les différentes orientations. Le diagnostic de calcul du rein droit est porté ; on décide d'intervenir et l'on ne trouve rien. Un examen radioscopique ultérieur montra qu'il s'agissait d'un calcul stercoral.

2° Les radiogrammes d'un malade montrent une ombre opaque, siégeant dans le 11e espace intercostal. Le radiographe ayant fait quelques réserves sur le diagnostic possible de calcul rénal, on pratique une centrifugation des urines et un examen microscopique qui décèle des globules rouges. On opère alors pour calcul du rein et l'on trouve un calcul de la vésicule biliaire.

L'observation que nous produisons ici, comportait des coïncidences au moins aussi complexes qui justifient la ligne de conduite adoptée.

Observation. — Mlle G..., âgée de 24 ans, présente des troubles dyspeptiques depuis un an. Ce qui l'a amenée à consulter présentement, ce sont des douleurs situées primitivement dans l'hypocondre gauche et maintenant du côté droit. Ces douleurs n'ont pas de relations fixes avec les repas ; mais sont influencées par la marche et la fatigue La station allongée les calme. Différentes analyses ont constaté dans les urines la présence de pus, d'albumine et autrefois de globules rouges.

En présence de ces symptômes, un examen radiographique classique des deux reins est pratiqué. D'après les clichés nos conclusions radiologiques étaient les suivantes :

A) Rein gauche descendu et petit. Le pôle inférieur affleure la 4e vertèbre lombaire ; le pôle supérieur remonte au bord supérieur de la 12e côte.

Au niveau du hile existe une ombre anormale très dense, à forme triangulaire, et attribuable à un calcul. En raison de sa position sur plusieurs épreuves, nous le localiserions volontiers dans le bassinet, L'opération ulterieure vérifia complètement ce diagnostic.

B) Rein droit en place dans le sens vertical ; mais rapproché de la ligne médiane. Une ombre opaque pathologique siège entre les apophyses transverses de L. I. et de LII. Elle est mobile avec les différentes orientations du rayon central ; elle est moins opaque et d'une structure plus irrégulière que celle signalée du côté gauche.

Cette structure ressemble à celle des calcifications intenses, imprégnant les cartilages costaux du sujet, très visibles sur nos clichés. Cependant, en raison du siège, de la forme, de la mobilité de la tache, comme aussi de par l'existence d'une pierre dans le bassinet gauche qu'une première opération venait d'enlever ; nous penchons pour le diagnostic « d'ombre attribuable à un calcul pouvant se trouver dans le bassinet ou l'uretère », tout en faisant des reserves, à cause de l'irrégularité de structure de cette ombre et la coincidence de calcifications costales intenses.

L'intervention ne révéla aucun calcul ; mais permit de constater, presque en contact avec le bassinet, en plein parenchyme rénal, dont elle semblait faire partie intégrante, une plaque scléreuse imprégnée de sels calcaires.

Cette observation nous a paru intéressante à communiquer, pour signaler combien parfois il faut être prudent en radiodiagnostic, et pour mettre en garde contre ces cas complexes, à coïncidences troublantes. Comme nous le disions, au début, des examens plus détaillés : pyélographie et pneumo-rein, auraient peut être permis un diagnostic plus exact. Nous pensons toutefois que dans de telles circonstances, l'intervention était nettement indiquée.

© BIU Santé

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1924.

Le rôle des pouponnières. — ***M. Marcel Labbé***, président du Comité médical de la pouponnière de Porchefontaine, tout en reconnaissant la justesse des réserves faites par MM. Wallich, Marfan et Pinard sur les desiderata des pouponnières, fait l'éloge de celle de Porchefontaine dirigée par Mme Veil-Picard, et de ses filiales. Au point de vue de l'assistance aux mères et de la puériculture, Porchefontaine est un véritable modèle.

Alors que les poupons meurent en France dans la proportion de 15 p. 100, à Paris dans la proportion de 21 p. 100, à Porchefontaine la mortalité n'est que 3 p. 100.

Gémellarité d'origine masculine. — ***M. Ménétrier***, en son nom et au nom de Mme Bertrand-Fontaine, communique une curieuse observation. Il s'agit d'une femme qui eut de son premier mari six grossesses gémellaires, tous garçons. Le mari étant mort, elle se remaria, et de ce second mari elle n'eut plus que des grossesses simples.

Ce fait semble bien prouver le rôle capital du père en fait de grossesse gémellaire.

La transmission du cancer. — ***M. Ch. Fiessinger***. — Si la transmission du cancer est à nouveau controversée, cette opposition tient surtout à l'ordre de recherches actuelles. La clinique est délaissée pour le laboratoire, et les radiologues affirment que la contagion ne saurait être admise. Pourtant les faits d'observation demeurent et l'auteur qui jadis a cité de nombreux exemples de transmission cancéreuse rapporte une épidémie constatée à l'extrémité d'un village par le docteur Mathieu. Dix cancéreux y ont succombé dans huit habitations et dans l'intervalle de quatorze ans. Devant des constatations de cet ordre, il est difficile de s'attacher à une explication par coïncidence.

Eléments de statistique infantile et quotients de mortalité. — ***M. Ledé*** montre la nécessité d'utiliser uniquement les fiches individuelles établies sur les registres des déclarations des parents et non avec les registres des déclarations des éleveuses.

Il demande aussi que les certificats de transport en élevage mercenaire ne soient delivrés que par les médecins inspecteurs des enfants du premier âge ou les médecins de l'état-civil. Enfin, rappelant ce qu'écrivait Waldeck-Rousseau dans son rapport de 1887 : « L'inspection médicale est l'organe essentiel de la protection du premier âge », il y a lieu d'annexer tout le service d'application de la loi Th. Roussel aux bureaux d'hygiène dont les directeurs sont tous des docteurs en médecine.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (3e division).

La liste de présentation portait : en première ligne, MM. William Park (de New York) et Dinguizli (de Tunis) ; en deuxième ligne, MM. Chagas (de Rio-de-Janeiro), Gengou (de Bruxelles), Corini (de Milan) et Jorge (de Lisbonne).

MM. William Park et Dinguizli ont été élus.

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 mars 1924)

Sensibilisation anaphylactique par voie oculaire. — ***MM. Aug. Lumière et H. Couturier*** montrent, par une série de recherches effectuées sur le cobaye auquels ils ont instillé des solutions d'ovalbumine dans l'œil, que l'imprégnation oculaire permet de conférer l'état anaphylactique, d'une manière certaine et à des degrés variables, quand on passe d'un animal à l'autre, et malgré les précautions prises pour opérer toujours avec la même technique.

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 février 1924.

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales (à propos du procès-verbal). — ***M. Marcel Pinard*** s'élève contre la doctrine de MM. Renaud et Sézary qui conduit à des erreurs de diagnostic dans tous les chapitres de la pathologie. Il rapporte une douzaine d'observations empruntées à divers chapitres de la pathologie qui montrent où peut conduire, au point de vue diagnostique, la méconnaissance de la syphilis. Penser à la syphilis ne veut pas dire admettre toujours ce diagnostic, mais tous les moyens de recherche : enquête familiale, recherches biologiques doivent être mises en œuvre.

Sur la fréquence de la syphilis chez les malades. — ***M. H. Dufour*** a dénombré il y a plus de 20 ans, les syphilitiques, qui se sont présentés à l'hôpital Andral. Il a trouvé un pourcentage de 13 % chez les malades du sexe masculin. Depuis cette époque, il a eu l'impression d'être au-dessous de la vérité. Aussi a-t-il voulu contrôler cette opinion par une statistique toute récente.

Sur 100 hommes malades de la ville, âgés de plus de 20 ans, 35 sont des syphilitiques avérés. Au-delà de 50 ans, la proposition de syphilitiques dans ce même lot est de 40 %.

Il ne faut pas voir la syphilis où elle n'a que faire ; mais le médecin doit, avec son jugement et son bon sens clinique, orienter son étiologie et sa thérapeutique en ayant toujours présent à l'esprit le rôle capital joué par cette infection.

Lipiodol épidural par voie sacro-coccygienne en position déclive. Traitement des coccydinies, des lombo-sciatiques, et de l'incontinence nocturne d'urine. — ***MM. Sicard et Coste*** ont eu l'occasion de traiter avec succès des cas de coccydinie « dite essentielle », de névralgie lombo-sciatique « dite rhumatismale », et d'incontinence nocturne d'urine, par l'injection de lipiodol pratiquée suivant le procédé sacro-coccygien que l'un d'eux a décrit antérieurement. Ils insistent sur la technique à suivre pour obtenir des résultats favorables. L'injection sera faite chez le sujet mis en attitude genu-cubitale, c'est-à-dire l'attitude de la prière Mahométane puis aussitôt après, on placera le malade en décubitus dorsal de déclivité, siège surélevé. Cette position sera maintenue six à huit heures environ.

Après ce laps de temps le lipiodol sera fixé. On aura ainsi tout loisir pour contrôler ultérieurement à la radiographie la montée ascensionnelle épidurale de l'huile iodée.

On décelera également sur l'épreuve radiographique les erreurs fréquentes d'aiguillage, car la ponction épidurale sacro-coccygienne est souvent difficile à réussir.

La quantité de lipiodol à injecter variera entre 5 centimètres cubes et 10 centimètres cubes. La répétition des injections sera subordonnée aux résultats acquis. Souvent une seule injection suffit pour obtenir des succès durables.

M. Léri dit n'avoir pas obtenu les beaux résultats de M. Sicard, mais il n'injecte que 5 cc. de lipiodol.

Sur un nouveau cas de leucémie myéloïde remarquablement amélioré par le Thorium X. — ***MM. M. Chiray et R. Benda***, comme contribution à l'étude des faits exposés récemment par M. Aubertin, présentent un malade atteint d'une leucémie myéloïde sur laquelle l'action du thorium X se montra particulièrement rapide et efficace après échec apparent de la radiothérapie. Ce malade avait été soumis tout d'abord, sans aucun résultat appréciable, au traitement radiothérapique. Un mois plus tard, le traitement par le thorium X est institué et les auteurs constatent après deux injections de 400 microgrammes de ce produit, une baisse rapide du chiffre leucocytaire avec diminution parallèle du volume de la rate et atténuation également parallèle et manifeste de l'anémie.

En présence de ces résultats, ils se demandent si le traitement radiothérapique malgré son inefficacité première n'a pas préparé, en quelque sorte, l'action du thorium X. D'un autre côté les diverses formes de la leucémie myéloïde ne sont peut-être pas également sensibles à l'action du thorium et, il y a sans doute lieu de pratiquer suivant les cas, un traitement radiothérapique, un traitement par le Thorium, ou un traitement mixte, dans lequel la radiothérapie exercerait une sensibilisation qui permettrait ensuite au thorium de manifester son action propre vis-à-vis des globules blancs et de la rate.

M. Béclère se demande si le traitement radiothérapique a été appliqué et quelles sont les doses utilisées.

M. Vaquez souligne l'intensité et la rapidité d'action du thorium X. Il pense également que parmi les leucémies, certaines sont très sensibles aux rayons, d'autres très sensibles au thorium X.

M. Labbé signale un cas favorable traité par le Thorium X.

René GIROUX.

© BIU Santé

DERMATOLOGIE

Toilette des dermatoses

Si des toilettes régulières sont nécessaires à une peau normale, les dermatoses nécessitent des toilettes aussi fréquentes, mais appropriées à chaque cas.

Toutes les dermatoses ne sont certes pas d'origine microbienne ; mais toutes, sauf peut-être le psoriasis, sont bien vite le siège d'infections surajoutées, qui modifient et souvent aggravent le lésion première. Presque tous les grands médicaments dermatologiques sont, peu ou prou, parasiticides : quand nous les employons, nous faisons de l'antisepsie ; par les procédés de toilettes, nous faisons de l'asepsie.

Mais si, pour la toilette d'une peau normale, il faut déjà considérer les qualités de la peau, pour faire la toilette d'une dermatose, il faut songer à sa nature, et à la période de son évolution, et aussi aux qualités de résistance du tégument du sujet.

Même en cas d'eczéma vrai, même en période d'acuité, même chez les enfants, la toilette de la région malade est indispensable, mais avec la technique indiquée. Le pansement humide bien fait suffit en nombre de cas, ou la pulvérisation avec tamis ; s'il y a des croûtes adhérentes, il faut commencer par les ramollir avec des frictions très légères faites avec un tampon de coton imbibé d'huile d'olive ou d'huile de cheval ; mais ces croûtes ramollies, il faut les entraîner par la pulvérisation au tamis, ou l'irrigation sans pression à l'aide du bock.

Toujours, on aura eu la précaution de rendre isotonique le liquide destiné à ces lavages, et nous ne craiguons pas d'y ajouter un antiseptique faible, sultate de cuivre au 2/1000, sultate de fer en proportion double si la sécrétion est abondante, ou un soupçon d'émulsion de coal-tar.

On est autorisé à employer, on doit employer des procédés plus actifs si on se trouve en présence de dermatoses subaiguës ou chroniques ; dans les formes subaiguës, il faut peut-être encore se contenter d'émulsions dont l'emploi est suivi d'un bon rinçage. Mais en présence d'une parakératose chronique, il faut en venir tout de suite au savonnnge avec un bon savon. Nous avons vu de ces lésions, résistant depuis très longtemps aux applications classiques, s'améliorer régulièrement avec les mêmes applications à partir du jour où elles étaient savonnées convenablement. Nous reconnaissons que la chose est surtout vraie, en cas de parakératose, sur terrain séborrhéique ; mais Dieu sait si ces cas sont fréquents !

Si la plaque de dermatose nécessite une toilette spéciale, quand l'affection est généralisée, la toilette ne peut se

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique et Sel Disodique de l'Acide Copahivique.

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

Doses : 10 à 12 PILULES par jour.

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (YONNE)
USINE A JOIGNY-EPIZY (YONNE). — Téléphone 94

R. C. Joigny 1.571

Échantillon sur demande

© BIU Santé

faire qu'à l'aide du bain, du bain pris, nous l'accordons, avec les précautions que nous indiquons ailleurs. A notre avis, il n'existe pas d'affection qui, à la période subaiguë, ne supporte pas un bain bien donné. Et tout le monde devrait l'admettre, puisque tout le monde baigne un pemphigus foliacé.

Et nous croyons même qu'il faut, de temps en temps, prescrire un savonnage général et un bain court au malade qui n'a que des lésions discrètes ; avoir une dermatose n'est pas une raison, au contraire, pour ne pas prendre les soins de toilette nécessaires à tout le monde.

Il est vraiment étonnant que les bains aient tous les inconvénients qu'on leur trouve depuis quarante ans, et que nos anciens, qui les employaient si souvent, n'aient pas su le voir. Et combien d'entre nous, n'en conseillant jamais, ont pu se faire une opinion personnelle ?

Dr Veyrières et R. Huerre

Extrait du volume de ces auteurs :
Traitement externe des dermatoses. Notes de thérapeutique et de matière médicale. 1 vol. Masson, éditeur. Paris. 1924.

REVUE DE LA PRESSE

Le dépistage bactériologique de la coqueluche

Depuis le mois de février 1923 M. P. Cadenaule (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, a pratiqué 318 prélèvements chez des enfants atteints de coqueluche, douteux ou suspects ; 178 fois il a trouvé le coccobacille de Bordet-Gengou ; et de ses observations, il conclut :

Le dépistage bactériologique de la coqueluche par le procédé de projection des gouttelettes de salive sur boîte contenant le milieu de Bordet et Gengou peut rendre de réels services.

Un résultat positif, c'est-à-dire l'existence dans la culture de coccobacille de Bordet-Gengou, permet d'affirmer la coqueluche.

Un résultat négatif ne permet pas de conclure fermement et doit être suivi d'un nouvel examen.

Ces résultats ont surtout de la valeur à la période préquinteuse et dans les trois premières semaines de la période des quintes.

Par cette recherche l'isolement des enfants suspects, des douteux, de ceux qui vont avoir la maladie et sont déjà contagieux, peut être réalisé dans les agglomérations. La limitation d'une épidémie peut donc ainsi être obtenue. La prophylaxie de la coqueluche réalise de ce fait un grand progrès qui pourra s'accroître des bienfaits de la vaccinothérapie précoce et de la sérothérapie. Le diagnostic positif et différentiel de la coqueluche, sa thérapeutique et sa prophylaxie nous paraissent donc être étroitement liés désormais à son dépistage bactériologique.

Un isolement de quatre semaines après le début des quintes paraît tout à fait suffisants et il y a lieu d'espérer que l'arrêté ministériel du 5 février 1912, qui fixe la durée de l'éviction de l'école pour tout coquelucheux à trente jours après la disparition des quintes spasmodiques, sera modifié dans ce sens. Des retards inutiles dans les études des enfants, des encombrements dans les familles pouvant entraîner le chômage d'un des parents s'ensuivent, et à cet excès de précautions superflues nous souhaitons voir substituer d'efficaces tentatives prophylactiques.

Le tétrachlorure de carbone comme antihelminthique

Le tétrachlorure de carbone serait, d'après certains auteurs américains, presque un spécifique pour les ankylostomes ; la dose optima serait d'environ 2 cmc. chez l'adulte, et de 0 cmc. 10 par année d'âge jusqu'à l'âge de quinze ans.

Il importe, pour éviter les accidents, de n'utiliser que du tétrachlorure de carbone pur, de ne pas dépasser la dose de 3 cmc. chez l'adulte, de s'abstenir chez les alcooliques et tous sujets ayant le foie en mauvais état. Le patient ne doit pas absorber de boissons alcooliques pendant les quelques heures qui précèdent et suivent le vermifuge.

La dose peut être donnée en une seule fois ou divisée en deux ou trois parties administrées à une heure d'intervalle. L'ingestion d'aliments avant ou après le remède augmente l'absorption de celui-ci et peut favoriser l'intoxication. La purgation après le vermifuge serait inutile pour les uns, utile pour d'autres. Il importe de ne pas répéter le traitement à intervalles rapprochés ; il semblerait même préférable, si les parasites ont résisté à une première cure, de recourir à un autre vermifuge.

LIPOIDES H. J.

GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Ménopause, Sénilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour

GYNOLUTEOL
CALMANT et SEDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Ménorragies essentielles
Troubles de la castration
Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour

Dépôt Général : H. CARRION et Cie, 54, Fg St-Honoré, PARIS

R. C. Seine 58.627.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
R. C. Seine 203.600

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (Seine)
Téléphone 12
PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS
Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie — Obstétrique
Gynécologie
Hygiène Privée

ANIODOL

ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre Typhoïde
Diarrhée verte des Nourrissons
Furonculose

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
Échantillons aux Médecins sur demande — Laboratoires de l'ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS

R. C. Seine 218.795

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'évolution de la lithiase biliaire

Par les Drs

M.-E. BINET (de Vichy) et GASTON-DURAND.

Aujourd'hui que la pathogénie de la lithiase biliaire peut être considérée comme définitivement établie, il semble intéressant d'envisager, à la seule lumière des faits, le cycle de son évolution. Les cas que nous avons observés sont nombreux et ils ont été suivis un nombre d'années suffisant pour nous permettre de tenter cette vue d'ensemble. Le recul du temps paraît en effet indispensable pour se faire une idée juste d'une maladie dont la marche couvre souvent la majeure partie d'une existence, et ce n'est pas l'étude d'un jour qui saurait mettre en mesure de juger d'une affection éminemment chronique. De quelle manière procède-t-elle de son origine à sa terminaison ?

« L'âge clinique de la lithiase, dit Chauffard, n'est pas son âge pathogénique » (1). Brève formule qui exprime combien tout est obscur de la période qui précède les premières manifestations habituelles de la maladie.

I. PHASE INTESTINALE. — Il semble qu'il faille remonter parfois jusqu'aux premières années de l'enfance pour trouver quelques indices annonciateurs d'une affection déterminée des voies biliaires. Dans l'adolescence, ceux-ci se dessinent avec plus de netteté. Disons d'un mot que, dans la très grande majorité des cas, une angiocholécystite de l'adulte a son origine dans une affection intestinale du jeune âge. Que trouve-t-on en effet dans les antécédents de ces malades ? Le plus ordinairement ils ont été soignés, cela pendant un court temps, ou au contraire pendant des mois et des années, pour une entérite ou une *entérocolite*. Affections fréquemment imprécises, dont le souvenir même est parfois confus, mais dont les traits saillants se dégagent avec régularité sous forme de crises douloureuses, parfois saisonnières, accompagnées de diarrhée et créatrices d'un mauvais état général. Il s'agit d'enfants de huit à douze ans, obligatoirement soumis à des régimes alimentaires sévères, d'autant plus utiles d'ailleurs à maintenir dans leur rigueur que le plus petit écart est capable d'amener une récidive de diarrhée après une longue période de constipation. On surveille ces jeunes malades avec attention, dans la crainte des premières manifestations d'un foyer tuberculeux intestinal ou pulmonaire. Ou bien une crise abdominale se déclare-t-elle, plus douloureuse que les autres, accompagnée de température et de réaction péritonéale, l'idée d'une appendicite chronique se présente, s'impose et conduit à une intervention. On en attend une sorte de résurrection. Celle-ci ne se produit le plus souvent pas. Après un mieux réel de quelques semaines ou de plusieurs mois, les mêmes symptômes se reproduisent qui ont fait faire appel au chirurgien. D'autres fois, il s'agit non pas d'une maladie de l'intestin lui-même, mais d'une infection générale à localisation ou à prédominance entéritique. Cette infection a été étiquetée, à défaut de certitude, grippe à forme intestinale. D'autre fois encore, s'est déclarée une paratyphoïde ou une typhoïde vraie. Il n'est pas exceptionnel non plus de découvrir dans le passé, à cette époque, la notion d'un embarras gastrique fébrile ou d'un ictère catarrhal.

Manifestée d'une manière ou d'une autre, l'atteinte de l'intestin n'en est pas moins certaine. Et cette première étape, ce stade initial de l'angiocholécystite nous paraît être d'une fréquence très grande, si même il ne correspond pas à une constante clinique.

Ce sont des faits que, limités à l'appendicite, nous exposions il y a deux années déjà (2) et que Aine (3) d'abord puis Brulé et Garban (4) ont étendus ensuite aux altérations cæcocoliques.

Le côlon droit paraît être en effet le seul intéressé. Sans doute, sous l'influence d'un traitement approprié, la colite peut-elle s'amender et même disparaître, Mais, malgré régime et médication, que de causes de rechute possible pour un intestin antérieurement enflammé ! Aussi la plupart du temps, voit-on ces colites se réveiller après une période de silence plus ou moins longue et une nouvelle crise apparaître, qui peut être suivie d'autres semblables. Si même il n'en est pas ainsi, le plus souvent les anciens colitiques de l'enfance demeurent des constipés chroniques, exposés à tous les dangers de la stase stercocale cæco-ascendante sur laquelle Duval et Roux (5) ont si justement insisté.

L'inflammation de la muqueuse cæco-colique traduit dès le début l'irritation causée par l'élément microbien, premier effet de l'infection locale ou générale. Dès lors se trouve créé dans le bas-fond cæcal ou dans le côlon, dont le spasme en outre entrave l'évacuation normale. un lieu de fixation et de pullulation microbiennes. Les bactéries y demeureront-elles rigoureusement figées ? Il ne le semble pas. Tout porte à croire que, franchissant la barrière fragile de la muqueuse altérée, empruntant la voie courte du système lymphatique, ou mieux celle plus longue de la circulation sanguine, elles cheminent par l'une ou l'autre voie, ou par les deux réunies, jusqu'aux canaux biliaires. Infection ascendante et infection descendante se trouvent donc ainsi conditionner l'invasion microbienne du cystique et de la vésicule.

Phase intestinale, disons-nous. Mais l'atteinte du côlon ne tarde pas à manifester d'autre part ses effets sur le foie. Les recherches de Savignac et Mathieu de Fossey (6) portant sur la fixation des signes urinaires au cours des colites, ont bien mis en lumière la défaillance hépatique que celles-ci déterminent et qui se traduit le plus habituellement par l'urobilinurie, l'ammoniurie, les modifications du rapport azoturique. Ils ont montré de plus que l'hypercholestérinémie est de règle. Il est bon de noter d'autre part que cette hypercholestérinémie est pour ainsi dire constante dans la convalescence de la fièvre typhoïde et ce trouble humoral est en droit de revendiquer la part que la théorie infectieuse prête exclusivement au bacille d'Eberth » (7). Ne sait-on pas en outre que, dès la puberté, la cholestérine sanguine peut subir des variations sensibles, que les jeunes filles comme les femmes sont sujettes à des poussés cholestériniques périodiques, soit avant, soit après les règles et dont Goñalous a signalé la fréquence et montré l'étendue.

Ainsi donc se crée, à la faveur d'une atteinte initiale de de l'intestin, un début d'insuffisance hépatiques. L'évolution de l'une entraîne à sa suite l'évolution de l'autre. Et l'infection qui n'avait eu qu'une détermination unique cæco-colique se trouve engendrer, en s'y surajoutant, mais sans s'y substituer, une localisation biliaire.

II. PHASE DE TYPHLO-CHOLÉCYSTITE. — L'édifice clinique représentant la deuxième période de l'angiocholécystite classique paraît en effet reposer sur deux bases, l'une intestinale, l'autre hépatique. Sans prétendre discuter la dénomination de ce syndrome décrit par Aine sous le terme de bilio-colique, par Brulé et Garban sous celui d'entéro-hépatique, nous préférons le désigner sous celui de typhlo-cholécystiqne. Faisant abstraction de toute théorie, tout en soulignant les éléments essentiels du tableau clinique, il admet, en les mettant sur le même plan, l'altération étendue du cæco-côlon d'une part, de l'autre la formation des calculs dans les voies biliaires.

Les symptômes qui caractérisent la typho-cholécystite se rattachent exclusivement aux deux déterminations, intestinale et biliaire. Il s'agit, en effet, d'une *affection bipolaire*, d'une maladie conjuguée du bas-fond cæco-colique et des canaux excréteurs du foie. Tantôt les signes issus d'un pôle éclipseront ceux qui prendront naissance à l'autre ; tantôt ils évolueront en association étroite. Mais il résulte de nos très nombreuses observations, quelques-unes suivies pendant plus de dix ans, que la typhlo-cholécystite constitue le stade le plus fréquemment observé, l'étape souvent

© BIU Santé

de beaucoup la plus longue de l'affection, la partie la plus importante détachée de l'ancien bloc classique de la lithiase biliaire. Elle n'est, à proprement parler, que le développement de la période précédente, son épanouissement, et réalise l'aboutissant de l'irritation chronique de l'intestin d'une part, de l'insuffisance hépatique de l'autre.

La colite, que nous avons fixée comme point de départ réel de toute la maladie, a pu sans doute être arrêtée dans son développement par un traitement longtemps poursuivi. Mais à sa faveur seule et sous l'influence de la vie génitale chez la femme, l'insuffisance du foie portant sur l'unique point de la teneur du sang en cholestérine, n'en est pas moins constituée. Toute irritation colitique cessant, en dehors de toute stase stercorale cæco-ascendante, la prédisposition calculeuse existe néanmoins, dont le terme peut être trouvé logiquement dans la constitution, échelonnée sur un nombre considérable d'années, des calculs de cholestérine pure.

Le plus ordinairement il existe tout un ensemble de signes nets, tant du côté de l'intestin que du côté du foie. Les signes intestinaux habituels ne sont autres que ceux de la stase stercorale cæco-ascendante à laquelle Duval et Roux ont consacré un important mémoire (8). Ils les classent en trois ordres : douleurs sur le côté inférieur droit de l'abdomen, constipation avec débâcles diarrhéiques, troubles de l'état général, liés à une intoxication chronique ou à quelques processus infectieux.

Le cæcum est en effet douloureux à la pression, distendu et — point capital — extrêmement gargouillant.

« Sa palpation le plus souvent chasse les gaz de son intérieur et provoque une douleur sous les fausses côtes droites par l'irruption des gaz à haute tension dans l'angle hépatique atrésié (9) ». La douleur remonte quelquefois beaucoup plus haut, tout le long du côlon ascendant, quelquefois jusqu'à l'angle droit, en même temps d'ailleurs que le gargouillement diminue. Elle cesse en général au tiers droit du transverse ; le transverse gauche et le descendant n'étant le siège d'aucune sensibilité spéciale.

Constipation et diarrhée constituent, comme d'habitude, les signes cardinaux de l'irritation cæco-colique. Elles alternent d'ailleurs assez régulièrement, avec cette particularité toutefois que la constipation semble correspondre à l'état d'excitation minima du gros intestin. Quant à la diarrhée, que le plus souvent un écart de régime provoque, elle revêt plus volontiers deux caractères : elle est d'abord matinale et dans ce cas à horaire particulièrement fixe (Baumann), ensuite prandiale, coupant le repas de midi ou lui succédant immédiatement. Enfin l'état général se montre franchement mauvais. Si l'amaigrissement ne fait pas des progrès rapides, il est cependant pour ainsi dire impossible de l'arrêter. Le faciès reste mat, pâle, parfois terreux, parfois aussi cholémique, et le malade accuse, ou de perpétuelles céphalées, ou de trop fréquentes et sévères migraines.

Du côté du foie qu'observe-t-on ? Un état de mal permanent entrecoupé de crises paroxystiques. La sensibilité colique se prolonge jusque dans la région périvésiculaire, dans tout le carrefour sous-hépatique, plus souvent, semble-t-il, qu'en un point limité correspondant exactement à la vésicule. La palpation de cette zone provoque fréquemment de la nausée, surtout lorsqu'on procède lourdement ou avec brusquerie, pour la recherche des signes décrits par Murphy et Abraham. Un signe qu'il nous a été donné d'observer dans un nombre relativement considérable de cas et qui fait toucher réellement du doigt la connexion intime existant entre l'intestin et les voies biliaires consiste dans la production d'une douleur vive au niveau de la vésicule, par la palpation du cæcum et réciproquement. En même temps se développent du côté de l'estomac une série de symptômes réflexes. Ils sont ceux du syndrome pylorique ordinaire : douleurs tardives, crampoïdes, accompagnées de brûlures, de régurgitations acides, plus rarement de vomissements ; douleurs diurnes et nocturnes, au cours desquelles la sensibilité, débordant la région du carrefour, irradie jusque dans le flanc droit. Cet état continu est parfois entrecoupé de crises plus douloureuses, auxquelles, avec Enriquez (10), nous avons donné le nom de « gastro-vésiculaires » et qui semblent répondre au type de ce que Chiray a appelé « les crises mineures » (11). L'approche des règles, l'excès d'œufs ou la seule ingestion d'un œuf, un traumatisme, une secousse morale, sont la cause la plus commune de leur déclanchement. Il y a loin de là à la grande crise hépatique calculeuse et ces paroxysmes ne constituent que l'exacerbation passagère d'un syndrome douloureux quotidien. Mais deux signes véritablement angiocholitiques leur impriment un caractère particulier : le subictère et la fièvre, subictère nullement dû à un début d'obstruction par calcul ; mais déterminé par l'insuffisance cellulaire du foie ; fièvre en général légère, ne dépassant pas habituellement 38°2, mais précédée ou accompagnée de frissons et laissant après la chute une sensation d'abattement très spécial.

Ces crises proprement angiocholitiques alternent souvent avec des crises essentiellement colitiques. Certains malades font eux-mêmes aisément la différenciation des unes et des autres. Ici, la douleur est maxima au cæco-côlon. Il existe toujours une débâcle intestinale, faite de glaires et parfois de sang, plus rarement du subictère ; mais la réaction thermique est constante bien que discrète, durant parfois deux et trois jours, tant que se continue l'irritation typhlique elle-même. Pendant plusieurs jours aussi l'abdomen reste tendu, très hyperesthésié. Ensuite la constipation s'installe, plus accentuée encore qu'auparavant.

Au cours des crises et après celles-ci, les analyses urinaires fournissent les mêmes résultats qu'à la période précédente, avec cette différence toutefois que la colibacillurie est très fréquemment notée.

Les chiffres de cholestérinémie oscillent entre 2 grammes et 3 gr. 50 environ. Si, d'autre part, l'intoxication générale se prolonge quelque temps, un état anémique s'installe peu à peu.

Loeper (12) a signalé dans ces cas de colite une disparition des globules rouges, associée à un subictère d'origine hémolytique, et a fait voir que cette anémie tiendrait à l'action des toxines microbiennes hémolysantes et à l'absorption des produits cellulaires, pancréatiques et intestinaux.

Radioscopiquement, il est aisé de se rendre compte de la double localisation morbide : en position debout ou couchée, douleur à la palpation dans la région sous-hépatique et dans la région cæcale, souvent d'intensité égale, parfois plus vive, tantôt au foyer supérieur, tantôt au foyer inférieur. Souvent aussi on passe d'un foyer à l'autre, non sans réveiller une sensibilité marquée tout le long du côlon, ne général aussi spasmé et rigide qu'est distendu et gargouillant le bas-fond cæcal.

Quels résultats donnent à cette époque la radioscopie et la radiographie au point de vue de l'existence des calculs ? Très souvent il est impossible d'en découvrir la trace et même d'en soupçonner la présence. Sans doute n'est-ce pas là une raison suffisante pour affirmer qu'il n'en existe point. Il n'en est pas moins vrai qu'à cet âge de la maladie leur invisibilité sur la plaque demeure sinon exceptionnelle du moins assez commune.

C'est semble-t-il dans l'étude des cas de ce genre que le tubage duodénal a conduit Chiray et Semelaigne (13) à isoler le type de l'angiocholite non calculeuse. On trouve en effet une bile verdâtre, purée de pois, contenant des microbes à foison, cocci ou bacilles, des cellules épithéliales en abondance, des polynucléaires, des cristaux de bilirubinate de chaux et de cholestérine. En un mot tout souligne la nature essentiellement inflammatoire du processus infectieux colo-biliaire.

Est-ce à dire que dans les faits de cette catégorie le calcul n'existe jamais ? Quand on opère ces malades, qu'il y a quelques années encore on aurait affirmé être des lithiasiques, il arrive qu'on ne trouve pas trace de cholélithes. La vésicule blanchâtre, non encore ratatinée, englobée dans un magma fibrineux, ou fixée dans des adhérences, est fréquemment en effet une vésicule déshabitée. La bile qu'elle contient, peu abondante, est faite d'un liquide noi-

© BIU Santé

râtre, parfois extrêmement épais, laissant déposer un peu de boue complètement noire, mais pouvant ne recéler ni sable ni calcul. Dans d'autres cas, le contenu vésiculaire n'est autre qu'un liquide sirupeux muco-purulent, parfois même il existe quelques gouttelettes de pus. Mais il arrive aussi, et tout aussi fréquemment, qu'il y ait déjà des calculins ou de véritables calculs, en général de nombre réduit, ils ne présentent ni la dureté pierreuse des cholélithes de vieille date, ni les facettes qui témoignent de leur entassement et de leur frottement réciproque dans une vésicule devenue trop petite pour les contenir.

Cette période mérite bien d'être considérée comme celle du début de la formation calculeuse. Pareille manière clinique d'envisager la suite des évènements depuis leur origine tendrait à faire une grande place à la théorie développée, il y a trente ans environ, par Gilbert et ses élèves sur la cristallisation de cholestérine autour de germes microbiens. Elle cadre aussi avec les recherches récentes de Wagner (de Brême) montrant la septicité particulière du contenu de la vésicule au cours des premières crises douloureuses.

Sans doute le calcul n'est pas encore complètement constitué, mais l'infection cæco-colique continuant à évoluer assure ou prolonge l'état angiocholitique, condition primordiale de l'organisation future du cholélithe.

Si de tels malades consentent à consacrer des mois, voire des années à l'observance d'un régime rigoureux, l'atténuation parallèle des signes intestinaux et hépatiques marquera la tendance qui se manifeste à la guérison. Le nombre même de ces typhlocholécystiques qu'il nous a été donné de suivre nous permet de croire à une curabilité complète.

Livrée à elle-même ou insuffisamment traitée, que sera, par contre, l'évolution la plus fréquente de l'affection ? Sous l'influence de l'âge ou sous celle du régime minimum que consentent à suivre ces malades, il semble que les accidents intestinaux s'amendent plutôt qu'ils ne se développent. La constipation continue le plus souvent, mais la diarrhée devient de plus en plus rare en même temps que les crises de colite s'espacent et disparaissent même complètement. Toutefois l'atteinte antérieure du côlon qui a duré un laps de temps appréciable, la pullulation microbienne qui s'alimentant dans le réservoir cœcal a ensemencé les voies biliaires, l'insuffisance hépatique qui en est résultée, sont autant de causes de formation calculeuse dont l'effet ne saurait s'effacer rapidement. Ajoutons que chez la femme l'influence des grossesses, agent de bacillémie autant que d'hypercholestérinémie, les accidents puerpéraux, la ménopause ; dans le sexe masculin comme dans le sexe féminin l'ascension normale du taux de la cholestérine sanguine avec l'âge, sont autant de causes qui contribueront, à défaut de tout état intestinal, à la continuation du développement des calculs antérieurement formés ou seulement à l'état de préparation. Trop de causes survivent à l'atténuation d'un état de colite, envisagé comme facteur principal de lithiase biliaire, pour que celle-ci s'arrête dans sa constitution. L'élément infectieux passe insensiblement au second plan, l'élément calculeux tendant par contre de plus en plus à dominer la scène.

III. Phase de cholécystite. — A la phase de typhlocholécystite succède la troisième et dernière phase, celle de la cholécystite. L'aspect clinique, lui aussi, se transforme. Sans doute, cette transformation n'a-t-elle rien de subit ; elle procède au contraire lentement, par échelons. Comment dès lors se présente la maladie ? Loin d'être pour ainsi dire continue, d'évoluer presque sans répit, elle laisse le sujet pendant des mois ou des années dans un état de santé parfait. Rien n'attire pour ainsi dire plus l'attention du côté du foie. Et tout à coup éclate une crise, soudaine, dramatique, tellement douloureuse parfois, qu'il est nécessaire de recourir à des injections de morphine répétées pendant plusieurs jours. C'est ce que Chiray (14) désigne sous le nom de crise majeure et que les anciens appelaient simplement la colique hépatique. Ils en voyaient la cause unique dans une migration calculeuse, il semble bien que cette signification doive en effet être réservée à ces seuls cas. De toutes manières les éléments essentiels de ces crises comparés à ceux de la période antérieure, soulignent la prédominance de l'élément cholélitique sur l'élément angiocholitique, bien que les deux demeurent étroitement associés. A la période de typhlocholécystite, les crises se montraient plus fréquentes, moins fortes, constituant somme toute un degré de plus dans une affection continuellement douloureuse, elles s'accompagnaient ou étaient suivies d'un léger ictère et d'un mouvement fébrile généralement discret. Elles sont ici plus rares, mais plus violentes aussi. La douleur qui les caractérise, profonde et déchirante, ressemble parfois à s'y méprendre à celles de la lithiase rénale.

C'est une crise de mobilisation ou de tentative d'expulsion de calcul, non un simple épisode aigu au cours d'une infection chronique. Et si ces crises s'accompagnent de jaunisse et de température — l'une et l'autre pouvant être légères et de peu de durée, comme aussi, marchant de pair — elles sont capables de prendre un développement considérable. Il s'agit dès lors, non plus du banal ictère par insuffisance hépatique, ou d'une réaction fébrile due à un état infectieux à point de départ intestinal, mais de la fièvre véritable, soit continue, soit intermittente, soit rémittente, accompagnée de grands frissons et qui se développe en même temps que la jaunisse s'étend, jusqu'à se généraliser.

Ainsi se trouve dessiné le tableau de la septicémie biliaire, l'enclavement calculeux ayant réveillé en arrière de lui l'infection chronique des canaux excréteurs de bile et l'exaltant.

Pratiqués en dehors de toute complication septique chez de tels malades, les divers examens fournissent la preuve de l'origine calculeuse des accidents en cours. C'est dans ces cas que le tamisage des selles au lendemain d'une crise permet de constater la présence de concrétions calculeuses. Les analyses d'urines indiquent, elles aussi, des modifications appréciables dans le métabolisme azoté. L'hypercholestérinémie est accentuée, ce qui ne saurait surprendre, chez des malades arrivés à la période de calculs complètement organisés. De son côté le liquide duodénal retiré par le tube, tantôt clair et tantôt trouble, contient, comme Chiray (15) l'a montré, des calculins, véritables calculs en miniature, accompagné d'éléments cellulaires anormaux, cellules épithéliales et leucocytes, soulignant l'état inflammatoire des voies biliaires.

La radioscopie et la radiographie permettront de découvrir plus fréquemment qu'à la période précédente, des ombres calculeuses. Sans doute « en matière de lithiase, l'examen positif confirme le diagnostic, négatif il ne l'infirme pas ». Il n'en reste pas moins vrai que la recherche des calculs devra toujours être faite.

On se rend compte en même temps sous l'écran qu'autant à la période précédente il existait une douleur dans la fosse iliaque droite, de même intensité ou d'intensité plus forte que la douleur proprement vésiculaire, autant ici la palpation de la vésicule seule est douloureuse, l'abdomen conservant la sensibilité normale.

Cette dernière étape est bien celle de la lithiase biliaire vraie. Les deux premières ne constituaient que des stades préparatoires, où l'élément intestinal, puis l'élément proprement infectieux dominaient la scène, indiquant par leur succession le point de départ de la cholécystite calculeuse, enfin le mode de formation et de développement du cholélithe lui-même.

Sans que nous voulions développer ici la question du traitement de l'angiocholécystite basée sur la conception que nous venons d'esquisser, contentons-nous de dire que les colites de l'enfance et de l'adolescence doivent être combattues jusqu'à leur disparition complète, si l'on veut éteindre le foyer même d'où peut sortir un jour l'affection calculeuse. Si cependant la typhlocholécystite n'a pu être évitée, il nous semble illusoire d'instituer contre elle une

◆

© BIU Santé

thérapeutique qui n'aurait pas pour but autant de combattre la stase stercorale droite, que de régulariser la sécrétion de la bile et de désinfecter les voies biliaires, en s'opposant à l'hypercholestérinémie. Encore nous paraît-il nécessaire d'ajouter qu'il n'y a rien à attendre de favorable d'une médication spécialement hépatique qui aurait pour résultat de réagir sur l'intestin en l'irritant. Ceci nous permet, entre autres choses, d'inviter à beaucoup de prudence dans l'emploi de certains extraits biliaires. Ce n'est qu'en procédant avec douceur, en assurant sans cesse la tolérance de la vésicule et du côlon qu'il sera possible d'éviter fréquemment le développement ultérieur de la cholécystite calculeuse et de rendre plus rare l'intervention chirurgicale.

1. Chauffard. — La lithiase biliaire.
2. Gaston Durand et Binet. — Appendicite et lithiase biliaire. *Monde médical*. 1922.
3. Aine. — Le syndrome bilio-colitique. *Annales de la Soc. d'hydrologie*, 1923.
4. Brulé et Garban. — Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale. *Presse médicale*, 3 mars 1923.
5. Duval et Roux. — La stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chirurgical. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, Tome X, n° 12.
6. Savignac et Mathieu de Fossey. Soc. méd. Hôp. de Paris, 18 mai 1923.
7. Chabrol. — L'infection dans la lithiase biliaire. *Journal médical français*, mai 1923.
8. Duval et Roux. — *Loco citato*.
9. Duval et Roux. — *Ibidem*.
10. Enriquez, Binet et G. Durand. — Les crises gastro-vésiculaires. *Presse médicale*.
11. Chiray. — Les trois cholécystites chroniques. *Journal médical Français*, mai 1923.
12. Loeper. — L'anémie des entéritiques. Leçons de pathologie digestive, 2e série.
13. Chiray et Semelaigne. — La cholécystite chronique non calculeuse. *Presse médicale*, 12 août 1922.
14. Chiray. — *Loco citato*.
15. Chiray. — *Ibidem*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Récidive d'un mal de Pott dorso-lombaire

D'après une leçon de M. le Professeur Delbet.

La malade, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital pour une douleur dans la région dorso-lombaire. A l'âge de 16 ans, elle fut soignée pour une lésion pottique, d'abord à Berck, puis à Cannes, pendant quatre ou cinq ans, puis reprit ses occupations habituelles, restant guérie, ou considéré comme telle, pendant trois ans environ. Cependant, elle se fatiguait aisément. Il y a un mois, on note la reprise des mêmes symptômes, mais atténués. Ce sont des douleurs continuelles siégeant dans la même région, avec des irradiations du côté gauche vers la racine du membre inférieur, douleurs que la malade compare à des élancements, à une sensation de cuisson.

Comme antécédents, on relève chez la malade la fréquence des bronchites pendant l'hiver. La mère et le frère sont en excellente santé. Le père était atteint de bronchite chronique et vient de succomber récemment à sa lésion pulmonaire.

Il y a dans l'histoire de cette malade plusieurs points intéressants et dignes de retenir notre attention. D'abord, c'est que la malade a été traitée pour un mal de Pott pendant 4 ou 5 ans, puis est restée guérie pendant 3 ans.. Il est certain qu'à l'heure actuelle elle présente une reprise de la même affection. Ceci pose la question de l'avenir des pottiques.

Est-il fréquent que des malades, atteints de maux de Pott pendant l'enfance, convenablement soignés et guéris, ayant pu reprendre une vie active pendant plusieurs années, présentent des rechutes ? Ce n'est pas extrêmement fréquent ; fort heureusement, un grand nombre de pottiques de l'enfance restent définitivement guéris.

La même question, du reste, se pose au sujet de la tuberculose ganglionnaire, en particulier des adénites cervicales de l'enfance. Quel est l'avenir de ces enfants ?

Il y a deux opinions opposées. On a soutenu que les individus ayant eu des manifestations bacillaires dans l'enfance, quelles qu'elles soient, et qui en ont guéri, ont par là acquis une certaine immunité de vaccination contre la tuberculose, de sorte qu'une manifestation tuberculeuse pendant l'enfance ou l'adolescence serait une sorte de garantie pour l'avenir.

Les autres, et je suis du nombre, pensent au contraire qu'une manifestation de ce genre est une menace ; le fait d'avoir eu une affection tuberculeuse guérie n'augmente pas la résistance contre le bacille.

S'agit-il, chez notre malade, d'une véritable récidive, c'est-à-dire du réchauffement d'un premier foyer guéri, ce qui est possible ; ou d'un second mal de Pott, siégeant en un point différent de la colonne vertébrale ? Ceci nous conduit à envisager la question de la multiplicité des localisations de la tuberculose sur la colonne vertébrale.

On décrit depuis longtemps, d'une façon classique, deux formes de tuberculose vertébrale : la forme diffuse superficielle, qui siège généralement au niveau du grand surtout ligamenteux antérieur, et parfois s'étend de la colonne cervicale à la colonne lombaire. Ce n'est pas la forme la plus fréquente.

L'autre, appelée la forme limitée caverneuse, porte sur une vertèbre ou sur un petit nombre de vertèbres et amène une destruction plus ou moins complète des corps vertébraux.

Il y a aussi une forme à foyers multiples. En voici un exemple. Un jeune garçon de 14 ans est atteint du mal de Pott de la région dorso-lombaire. Sous l'influence du traitement ordinaire par l'immobilisation, une amélioration progressive se produit, lorsqu'un jour, étant encore sur son lit, l'enfant est pris de douleurs dans la région cervicale, et je constate en l'examinant l'existence d'une certaine raideur de la nuque, d'une sensibilité à la pression sur l'apophyse transverse droite de la cinquième cervicale, et d'un certain degré de parésie du membre supérieur.

La radiographie montre une caverne dans le corps de la cinquième vertèbre cervicale.

Alors que son mal dorso-lombaire pouvait être considéré comme à peu près guéri, cet enfant faisait, à distance, un autre foyer caverneux dans le corps d'une vertèbre cervicale. Il y avait donc là deux foyers absolument distincts.

Eh bien, que s'est-il passé chez cette malade ? Est-ce une récidive de la première lésion, est-ce un nouveau foyer ? Seul, le chirurgien qui l'a soignée au début pourrait nous renseigner sur ce point. Actuellement, de quoi se plaint la malade ? De douleurs continuelles, siégeant dans la région dorso-lombaire, avec des irradiations du côté gauche vers la racine du membre inférieur, et que la malade compare à des élancements, à une sensation de cuisson ; ces douleurs sont exagérées par la position.

Vous savez que la douleur irradiée, notamment sous forme de douleur en ceinture, est extrêmement fréquente dans les maux de Pott, et que ce sont des douleurs radiculaires dues à la compression des racines au niveau de leur traversée des trous de conjugaison.

Du reste, les modalités symptomatiques de la tuberculose vertébrale dépendent beaucoup du siège de la lésion. Les maux de Pott de la région lombaire peuvent évoluer jusqu'à une phase avancée sans se traduire par aucun symptôme ; les malades vont, viennent, travaillent sans se douter le moins du monde qu'ils ont un mal de Pott.

La première manifestation, c'est, dans la majorité des cas, l'abcès ossifluent à distance ; ordinairement, c'est quand l'abcès a franchi l'arcade crurale et qu'il occupe le pli de l'aine, que les malades s'aperçoivent de son existence. Ils

© BIU Santé

viennent alors consulter pour cette tuméfaction que souvent ils attribuent à une hernie.

Les maux de Pott cervicaux débutent souvent fort différemment, et ceci est en rapport avec la contracture. La contracture musculaire est un symptôme commun à toutes les tuberculoses vertébrales. Elle intervient d'autant plus précocement que la région est plus mobile et plus souple.

Lorsque la lésion pottique envahit les gros corps vertébraux lombaires, la solidité de la colonne vertébrale n'est pas compromise, et par suite la contracture est à peine indiquée, puisque chez beaucoup de malades la mobilité reste complète et qu'ils peuvent effectuer les travaux les plus pénibles sans s'apercevoir de rien n'anormal. Au contraire, dans la région la plus mobile de la colonne dorsale, dans la région cervicale, la contracture musculaire est ordinairement le premier phénomène.

Toutefois, il y a des malades atteints déjà de lésions bacillaires des vertèbres cervicales, et qui n'ont absolument pas de contracture musculaire. Quelles sont, dans ce cas, les premières manifestations ?

Ce sont quelquefois des phénomènes douloureux, le plus souvent des douleurs radiculaires irradiées, ceci est classique, mais, dans nombre de cas, ce sont des phénomènes parétiques.

Je cite souvent le cas du premier malade que j'ai observé ; c'était un pianiste, qui avait d'abord été consulter un spécialiste des maladies nerveuses ; il se plaignait d'avoir des « trous » dans ses gammes, c'est-à dire des notes qui ne sonnaient pas, lorsqu'il faisait des exercices de vélocité. Ce phénomène parétique léger fut le premier indice d'un mal de Pott cervical.

J'ai observé à Laënnec un malade qni se plaignait de renverser ses cuillerées de potage ; c'était encore la première manifestation d'un mal de Pott cervical.

Une autre manifestation, c'est l'exagération des réflexes. Si Percival Pott a eu le mérite de grouper le premier ces trois symptômes, l'abcès, la gibbosité et la paraplégie, il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, fort heureusement, nous voyons rarement des maux de Pott paraplégiques.

Nous ne devrions plus en voir avec des gibbosités. La triade de Pott doit être un souvenir du passé.

Nous devrions guérir les maux de Pott, non pas avant qu'il y ait des abcès, mais avant qu'ils soient gibbeux et paraplégiques.

La modification de la réflectivité est un phénomène très précoce dans un grand nombre de maux de Pott, à condition qu'ils siègent dans une région médullaire. Au-dessous de la deuxième vertèbre lombaire, une lésion pottique n'entraînera pas de modification de la réflectivité, à moins qu'il n'existe dans l'intérieur du canal vertébral un abcès ossifluent remontant plus ou moins haut, ce qui se voit dans certains cas.

Pour que l'exagération des réflexes se produise, il suffit d'un simple trouble de vascularisation de la moelle, d'une légère compression des plexus veineux sortant par les trous de conjugaison.

L'exagération des réflexes a une très grande valeur diagnostique, mais elle ne comporte pas un pronostic grave, et ce n'est pas une contre-indication à l'intervention, s'il y a lieu d'intervenir.

Lorsque les réflexes sont très marqués des deux côtés, on ne peut rien en conclure, car il y a des individus qui ont, quoique parfaitement normaux, des réflexes très vifs, et en apparence exagérés. Cette exagération n'a donc de valeur que si elle est unilatérale, c'est-à-dire si l'on trouve, d'un côté, des réflexes extrêmement vifs, et, de l'autre, des réflexes mous, ou à peine indiqués.

Chez notre malade, le réflexe rotulien est manifestement plus fort, plus étendu, plus vif, plus brusque du côté de la jambe droite. Par conséquent, nous pouvons dire qu'elle présente une exagération des réflexes.

Quand les réflexes sont très marqués de chaque côté, la question est plus difficile, mais non insoluble, car on doit rechercher d'autres caractères. Chez certains malades, bien que le réflexe ne soit pas très vif, on voit plusieurs contractions successives du muscle quadriceps répondre à une seule excitation. C'est un signe certain d'exagération de la réflectivité.

Remarquez, à propos des réflexes, que les malades au lit depuis plusieurs mois ou années présentent souvent une atrophie considérable des muscles ; alors ils répondent mal à l'interrogation du tendon, les mouvements sont peu marqués, bien que la réflectivité puisse être exagérée.

Voici un autre caractère. Lorsqu'on percute le même tendon successivement à de brefs intervalles on voit ordinairement, lorsque le réflexe n'est pas exagéré, ce réflexe diminuer et s'éteindre. Quand il est exagéré, non seulement on ne le voit pas diminuer, mais dans certains cas le muscle entre en tétanisation, c'est-à-dire reste contracturé. Ce signe est très important, dans certains cas où il n'existe presque pas d'autres symptômes, il vous permettra de faire le diagnostic du mal de Pott.

Le réflexe de Babinski n'existe qu'à une phase plus avancée.

Il y a chez notre malade une légère gibbosité qui correspond, comme on le constate en prenant un point de repère sur la crête iliaque, à la quatrième vertèbre lombaire. Normalement, cette vertèbre est plntôt en retrait. Remarquez qu'à la région dorsale, particulièrement à la région dorsale supérieure, qui est normalement convexe en arrière, il suffit d'une très petite déformation pour donner une saillie considérable, tandis que dans la région dorso-lombaire, il faut une déformation considérable pour donner une saillie relativement peu appréciable à l'inspection. Ici, il y a certainement un écrasement des corps vertébraux. La gibbosité porte exactement sur la 3e, la 4e et un peu la 5e vertèbres lombaires.

La pression est peu douloureuse.

L'exploration de la fosse iliaque fait reconnaître la présence dans la gaine du psoas d'un abcès ossifluent.

Naturellement, cette malade ne présente aucun trouble sphinctérien à la phase où elle est.

***

C'est maintenant une question de thérapeutique qui se pose. Nous n'avons sur le mal de Pott qu'un moyen d'action indirect, qui consiste à mettre au repos aussi complet que possible le segment de la colonne vertébrale envahi par la tuberculose. Je laisse de côté le traitement diététique, qui a peu d'action, le traitement par les cures salines et l'héliothérapie, qui, lui, a au contraire une action considérable, particulièrement pendant la période d'évolution.

Les vaccinothérapies et les sérothérapies sont à peu près illusoires dans tous les cas où existe une nécrose osseuse, qu'elle soit due au bacille tuberculeux ou à un microbe quelconque, comme le staphylocoque ou le streptocoque.

Nous n'avons qu'un moyen d'action certaine, c'est de mettre au repos aussi complet que possible le segment de la colonne vertébrale atteint par la tuberculose.

Nous pouvons arriver à ce résultat en mettant le malade au lit, dans le décubitus dorsal, et absolument immobile. Nous pouvons y arriver, mais d'une manière très incomplète, avec des corsets plâtrés. Ne vous imaginez pas qu'en entourant le thorax, l'abdomen et les flancs avec des bandes plâtrées, on arrive à immobiliser la colonne vertébrale. Ce que l'on se propose, c'est de transmettre le poids des parties supérieures du corps jusque sur le bassin, auquel il faut toujours aboutir, sans le faire passer par la colonne vertébrale.

Comment peut-on réaliser ceci ? Pour la tête, c'est relativement facile, quoique terriblement difficile à suppporter pour le malade. On peut faire des minerves, qui prennent appui sur la protubérance occipitale externe et sur l'angle du maxillaire, et descendent en tiges rigides jusqu'au bassin, pour prendre appui sur les crêtes iliaques qu'on peut modeler avec le plâtre.

Mais le poids des autres parties du corps, comment pouvons-nous l'empêcher de passer par la colonne vertébrale pour se transmettre au bassin ? En prenant simplement un

© BIU Santé

point d'appui axillaire. Vous voyez combien c'est illusoire : l'aisselle cède, le bras s'élève de plus en plus. On n'obtient un résultat qu'à condition de faire encore une minerve, c'est-à-dire de prolonger le corset plâtré jusqu'à la tête, pour prendre appui sur la protubérance occipitale et le maxillaire inférieur. Mais c'est très pénible pour les malades, et en pratique on fait toujours le corset thoracique à points d'appui axillaires. Mais, pour que ce traitement ne soit pas illusoire, il faut en même temps imposer au malade le décubitus dorsal, et c'est ce qu'on fait généralement à l'heure actuelle.

Depuis quelques années, on connaît une autre thérapeutique, c'est l'opération d'Hollwig, qui consiste à faire une greffe osseuse (prélevée sur le tibia) destinée à souder les unes avec les autres les apophyses épineuses ou les lames vertébrales, pour constituer un tuteur rigide et résistant. Chipault avait autrefois proposé de faire cette immobilisation en ligaturant les unes avec les autres les apophyses épineuses de plusieurs vertèbres, mais ce procédé, exigeant des ligatures métalliques, ne pouvait donner un résultat certain et durable.

C'est par les corps vertébraux que se transmet normalement la pression. Après la greffe d'Hollwig, elle se transmet également par l'arc postérieur des vertèbres. C'est le procédé que nous utiliserons chez cette malade.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

COURS DE STOMATOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par M. le Docteur **FREY**,

Chargé du cours de stomatologie à la Faculté.

Accidents dits « de dentition ».

Considérations générales :

1° 5 phases dans la dentition humaine ;
2° Aperçu général sur l'éruption des dents.

I. DENTS TEMPORAIRES.

Historique :
- Doctrine hippocratique. Ambroise-Paré ; Martin, (1679).
- Réaction contre cette doctrine : Bunon, 1746 ; Serres, 1817. Ecole allemande.
- Discussion à l'Académie de médecine 1892 (Ollivier, Magitot).
- Intransigeance de l'ère microbienne.
- Réaction contre cette intransigeance (Séjournet, Frey, Besson, Rousseau-Decelle.)

Pathogénie :
- 3 éléments à considérer :
- A) Le territoire nerveux du trijumeau (pathogénie du réflexe) ;
- B) Le mécanisme de l'éruption dentaire (pathogénie de l'infection (P. Ferrier) ;
- C) L'âge qui différencie les manifestations du réflexe et de l'infection.

Symptomatologie : les variantes cliniques sont infinies.

- *Selon l'état du système nerveux et des différents organes* (y compris glandes endocrines).
- *Selon la virulence infectieuse.*
- *Selon l'intensité et la « sommation » des excitations locales* (Lucien Jacquet).

Le cercle vicieux pathologique : son interruption par le jeu des forces naturelles, ou par des mesures d'hygiène et les médications appropriées).

Accidents locaux :
- Salivation exagérée.
- Prurit gingivo-dentaire exagéré.
- Manifestations cutanées : vaso-motrices ; dermatoses.
- Inflammation gingivale : ses complications : abcès, stomatite, ostéite avec nécrose possible, folliculite expulsive.

Accidents généraux :
- Fièvre.
- Arrêt de développeement.
- Troubles de l'appareil digestif (vomissements, diarrhée).
- Troubles de l'appareil respiratoire.
- Troubles du système nerveux.

Diagnostic : Sa difficulté : car, dans la première enfance, à propos de la moindre manifestation pathologique, il faut répondre à la question : est-ce ou n'est-ce pas un accident de la dentition ?
Exemple avec une observation de myxœdème (Léopold-Lévi).

II. — MOLAIRES DE SIX ANS.

III. — DENTS DE REMPLACEMENTS.

IV. — MOLAIRES DE DOUZE ANS.

Les accidents se manifesteront surtout si (par vice héréditaire, par rachitisme, etc.), le parallélisme cesse d'exister entre l'évolution dentaire et l'accroissement maxillaire.

(D'une part, Hunter, Miel, Fox, Duval, Siffre).
(D'autre part Serres, et Charles-Robin et Magitot).

© BIU Santé

Accidents d'éruption des dents de sagesse

APERÇU : Sur le sac péricoronaire et la cavité péricoronaire (revêtement interne épithélial et paroi externe conjonctive et fibreuse). Les proportions de cette cavité sont en rapport avec celles de la couronne. (Travaux de Capdepont).

ETIOLOGIE : LES CAUSES PRÉDISPOSANTES sont toutes celles qui favorisent la *persistance du sac péricoronaire*, donc l'infection de la cavité péricoronaire et l'irritation réflexe de la région.
Différence entre une dent *incluse* et une dent *enclavée*.

C. P. générales : Age ; Races ; Rachitisme ; Etat général.

C. P. locales :
1° Phylogenèse du maxillaire inférieur (Madeleine Pelletier).
2° Développement moindre de l'hémimaxillaire gauche.
3° Conditions anatomiques particulières à la dent de sagesse : son obliquité normale en avant, l'existence du repli muqueux, l'existence du cul-de-sac rétro-dentaire,
4° La carie pénétrante (pulpe mortifiée), ou la pyorrhée de la 2e grosse molaire.
5° Gingivo-stomatite, angine (par voisinage infectant).

C. DÉTERMINANTES : Infection (Rédier, de Lille), (Galippe).
Rétention microbienne dans la cavité péricoronaire échappant aux divers mécanismes de défense de la cavité buccale).

PATHOGÉNIE : Péricoronarite (Fargin-Fayolle) et ses conséquences sur *tous* les tissus voisins.

SYMPTOMES :
Dentaires : Chevauchement des incisives surtout. Déductions pour les traitements orthondotiques antérieurs. Subarthrite plus ou moins généralisée. Carie de la dent de sagesse.
Muqueux : Gencives (gingivite ulcéreuse à répétition) ; Langue ; Joues ; Plancher buccal ; Amygdales (amygdalite à répétition) — et les conséquences immédiates (fluxion, adénite, adéno-phlegmon, trismus).
Osseux : Alvéole, Os — et les conséquences immédiates (fistules ostéophlegmons. Nécrose plus ou moins étendue ; inflammation muscles, veines, tissu cellulo-lymphatique de voisinage).
Nerveux : Nerfs (névralgies ; névralgisme ; trismus ; paralysie faciale, oculaire). Organes des sens (œil, oreilles). Troubles trophiques (poils, peau) (Lucien Jacquet).

MARCHE : Par poussées.

COMPLICATIONS :
locales : Carie de la dent de sagesse avant son éruption (sa gravité). Carie de la dent de 12 ans (collet distal).
général : réactions épileptiformes, chorée ; accidents toxi-infectieux (voir 1re leçon).

DIAGNOSTIC
positif : radiographie : son importance, sa technique.
différentiel : oreillons ; adénites (syphilit., tubercul.). carie pénétrante d'une dent voisine ; ostéites du maxillaire ; amygdalite ; *arthrite temporo-maxillaire.*

Dans toute la pathologie de la région des maxillaires, il faut avoir « l'OBSESSION » de la dent de sagesse.

Traitement des accidents d'éruption

1° Chez le nourrisson. Prophylaxie générale et locale ;

2° Dents de 6 ans, de remplacement et de 12 ans. Prophylaxie locale et soins antiseptiques et caustiques ;

3° Dent de sagesse : nécessité de la radiographie des dents de sagesse à l'occasion de certains traitement orthodontiques.
Soins antiseptiques locaux.
Traitement de gingivite ulcéreuse.
Soins du trismus, de l'ostéo et de l'adéno-phlegmon.
Extraction de la dent de sagesse (anesthésie régionale).

◆◆

© BIU Santé

L'arthritisme et les dents

L'arthritisme est une diathèse, c'est-à-dire un trouble permanent des mutations nutritives, qui provoque et entretient certaines manifestations morbides. Au nombre de celles-ci, les dents présentent :

- Les lacunes cunéiformes.
- La pyorrhée alvéolaire.

Lacunes cunéiformes

Définition : Les tissus durs de la dent sont rongés, principalement sur la face vestibulaire et près du collet, chez des arthritiques généralement goutteux. Le brossage trop énergique a une action aggravante indéniable ; mais cette action n'est possible que sur une dent *dyscalcifiée* par l'état arthritique.

Synonymie : *Erosion chimique*. Ce mot est mauvais car il prête à confusion avec l'*atrophie* ou *hypoplasie*.
Ne pas confondre avec l'*usure ou abrasion* (voir leçon sur les lésions traumatiques des dents).

Symptômes : Aspect de la dent (face vestibulaire, faces interstitielles, plus rarement face linguale).
Quelles dents ?
Sensibilité.
Etat de la gencive.
Aspect général de la bouche. Pas de tartre.

Marche : Lente. Son arrêt spontané. Antagonisme { avec la pyorrhée, avec la carie.

Pathogénie : Théorie mécanique. Elle est insuffisante.
Théorie chimique. Elle est insuffisante.
Théorie de la dyscalcification { (Znamensky insuffisance de la dentoïdine). (Frey calcification exagérée ou surcalcification). (hyperexcitation de l'odonblaste).
Ces deux conceptions semblent se compléter.
Malheureusement notre ignorance du mécanisme intime de la calcification rend cette affection encore bien obscure.

Etiologie : Age. Climat. Neuro-arthritisme. Arthritisme goutteux.

Diagnostic : Avec les lésions dues exclusivement au brossage. Avec l'usure. Avec la carie à marche lente. Avec l'érosion hypoplasie et avec la dysplasie de Capdepont.

Traitement : Prophylactique et traitement de la sensibilité spéciale.

Polyarthrite alvéolo-dentaire ou pyorrhée alvéolaire

(Maladie de Fauchard)

Si dans la carie il y a déficience de la calcification dentaire, ici il y a le plus souvent déficience de l'ossification alvéolaire.

Définition : Arthrite suppurée, généralement polyarticulaire, progressant du collet vers l'apex, dans laquelle la notion générale de terrain (l'arthritisme) reste toujours au premier plan et dont la marche est favorisée par toutes les causes qui établissent et maintiennent le clapier infectieux.

Historique et synonymie : Fauchard 1728, Bunon 1746, Bourdet 1757, Jourdain 1778, Marchal, de Calvi 1861, Magitot 1873, Galippe 1884-1890, Rédier (Lille) 1895. Les travaux les plus récents (Colyer, Hopewell-Smith, Roy-Joseph Mendel), font de Bourdet, en raison de sa conception alvéolaire, le père de cette maladie.

ETIOLOGIE :

Causes générales (leur importance voir la définition) :
- Arthritisme. Alternances morbides.
- Artério-sclérose.
- Age (ostéoporose sénile).
- Sénilité précoce.
- Etats chroniques « sénilisants ».
- Syphilis héréditaire (dystrophie osseuse région incisive).
- Troubles trophiques : tabès, maladie de Paget (Léri), ostéite fibro-kystique déformante de Recklinghausem.

Causes locales :
- Malocclusions.
- Malpositions dentaires (Bunon, Desprès).
- Tumeurs adamantines.
- Gingivites. Discussion : sont-elles ? { cause, effet, effet et cause.
- Tartre. Etude du tartre ; Barillé Galippe (« Chancre » de Bourdet).
- Traumatismes prolongés (prothèse, obturations défectueuses).
- Microbes (Galippe et Vignal ; Miller, Joseph-Mendel, Cavalié et Mandoul, Séguin et Kritch).

© BIU Santé

PATHOGÉNIE. — *Classiquement*, 3 formes d'invasion.

1° Forme exogène (*début par gingivite* selon la description de Fauchard) ;

2° Forme endogène (*début par arthrite*, selon la description d'Aguilhon de Sarran) ;

3° Forme mixte (2 *foyers morbides* marchant à la rencontre l'un de l'autre, selon la description de Tellier).

Actuellement, à la suite des travaux les plus récents, l'ancienne conception de Bourdet (*début alvéolaire*) domine. — Travaux de Retterer sur la *membrane péridentaire* et déduction pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Lésions osseuses.* — Processus d'atrophie plus ou moins rapide ; foyers de nécrose alvéolaire ; infection de l'os alvéolaire dans sa profondeur, en dehors des clapiers, d'après Cavalié et Mandoul.

Le processus de résorption maxillaire *peut* se poursuivre encore après la chute de la dent.

Lésions ligamenteuses. — Congestion. Epaississement. Atrophie sur une racine entière ou sur un segment ; sur une seule racine ou sur toutes pour dent multiradiculée.

Lésions gingivales. — Hyperleucocytose péricervicale.
Résorption gingivale en particulier dans la forme sèche de Cruet.
Décollement et inflammation gingivale, action du bourgeonnement épithélial profond.
Que deviennent les éléments épithéliaux de Malassez ?

Lésions dentaires. — Tartre au collet ; ou feutrage d'un tartre, infiltré de microbes et très adhérent à la racine (Séguin et Krit).
Cémentite raréfiante. Attaque de la dentine.
Pulpite rétrograde. Dégénérescence des odontoblastes.
Artérite oblitérante. Thrombose veineuse.

SYMPTOMES. — Prodromes. — *Leur importance.*

Les « petits signes » (Bourdet-Frey).
(Prurit, douleurs sourdes, poussées de gingivite interstitielle).

DÉBUT. — *Signes physiques.* — Décollement. Cul-de-sac. Radiographie.
Aspect de la gencive. Quelquefois déviation dentaire.

Signes fonctionnels. — Gêne commence. Chaleur buccale. Haleine.
Saveur âcre.

ETAT. — *Signes physiques.* — Alvéole en plaine suppuration. Cathétérisme du décollement.
Déviation de la dent. Fistulettes ou fistule.

Signes fonctionnels. — Crises de douleurs d'origine { soit gingivale, soit pulpaire.
Haleine. Salivation. Mastication.

TERMINAISON. — Ebranlement, suppuration peut diminuer. Dent noirâtre ou bleue.
Chute de la dent sans hémorragie. Cicatrisation alvéolaire généralement rapide.

MARCHE. — Maladie toujours polyarticulaire, mais *pour chaque dent évolution variable et individuelle.*
Marche chez les diabétiques.
Les alternance morbides.

COMPLICATIONS *locales* accidents phlegmoneux. Adénite sous-maxillaire.
accidents osseux.
générales septicémie chronique, cachexie dentaire de Lejars.
gastrite septique. Septicémie phlébitique.
Asthme.
Comparaison avec les infections focales de l'arthrite apicale.

DIAGNOSTIC *de la forme*
de la cause, son importance pour le pronostic.

PRONOSTIC (selon le schéma de Frey).

TRAITEMENT. — *Traitement à l'époque des « petits signes ».*

Traitement général : son importance.

Traitement local : 1° Chirurgical (péri-dentaire, intra-dentaire) ;

2° Prothétique. Utilité de la *prothèse ordinaire*, bien équilibrée pour les dents restantes.
Prothèse d'immobilisation.

3° Chimique (caustiques, antiseptiques).

4° Biologique. — Vaccins.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars 1924.

L'entérorraphie appliquée à la cure des fistules stercorales. — *M. Potherat.* — L'afflux intestinal ne peut cesser que par entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne, une exclusion intestinale ou bilatérale, la résection enfin de l'anse exclue. La gravité de l'infirmité justifie ces interventions pour amener la guérison.

Celle-ci pourtant peut être obtenue par la libération de l'anse lésée, la suture muco-muqueuse, puis séro-séreuse dans l'abdomen suivant une technique exposée dans ses détails.

Cette guérison par entérorraphie latérale conseillée par Trélat a été employée par l'auteur dans six cas et a donné six succès complets ; elle doit donc être conseillée avant toute autre méthode plus complexe.

Encéphalite épidémique. — *MM. A. Marie et Poincloux.* — Appliqué dans une dizaine de cas d'encéphalite plus ou moins ancienne, le virus atténué par passage sur le lapin (souche Carnot-Levaditi) depuis trois ans a permis d'obtenir des améliorations remarquables dans des cas soumis au traitement durant un temps suffisant.

En cas d'épidémie sévère, il y aurait peut-être là un moyen de cure prophylactique.

Améliorations hygiéniques à introduire dans la pratique de la circoncision chez les Musulmans de Tunisie. — *M. Dinguizli,* après avoir donné un aperçu historique de la circoncision, expose la technique opératoire de la circoncision telle qu'elle est pratiquée chez ses coreligionnaires musulmans de la Régence.

Les Tahars, « les circonciseurs », constituent une véritable corporation ayant à leur tête leur chef : l'aminé des Taharas.

M. Dinguizli propose, en attendant qu'un décret beylical réglemente la pratique de la circoncision dans la Régence, que l'exécution de cette pratique soit confiée aux auxiliaires médicaux si utiles.

Sur l'arrêt des paroxysmes de tachycardie essentielle par le réflexe oculo cardiaque. — *MM. A. Clerc, P.-Noël Deschamps* et *J. Surmont* ont eu recours à la compression du paquet vago-carotidien au niveau du cou (manœuvre de Czermak). Depuis que la recherche du réflexe de Daguini-Ashner est entrée dans la pratique, il est devenu indiqué d'utiliser ce dernier.

Les auteurs présentent un cas de ce genre concernant une femme de cinquante-sept ans chez laquelle la compression des globes oculaires amène chaque fois le retour rapide des battements au taux normal.

Cette manœuvre n'est pas toujours couronnée de succès (sur trois cas personnels elle a échoué une fois) ; parfois la compression carotidienne est plus efficace ; mais, en raison de sa simplicité, elle doit être essayée la première en date, permettant de juguler l'action dès son apparition et prévenir d'emblée ses conséquences fâcheuses. Il ne s'agit évidemment que d'un traitement symptomatique dont la mise en œuvre empêche rarement les crises de se reproduire dans la suite. Aussi, dans l'intervalle, devra-t-on essayer les diverses médications préventives, au premier rang desquelles se place l'administration de la quinidine.

328 cas de fièvre typhoïde. — *MM. Courtois Suffit, Francis Bourgeois* et *Raymond Garcin.* — Malgré la campagne entreprise dans le but de faire profiter toute la population civile de la vaccination antityphoïdique, les femmes ne sont vaccinées qu'exceptionnellement et payent, de ce fait, le plus lourd tribut à la maladie : sur 328 cas, 104 hommes et 224 femmes.

A l'heure actuelle, les auteurs estiment que la contagion de la fièvre typhoïde se fait assez rarement par l'eau, mais beaucoup plus souvent par les porteurs de germes, par les aliments : lait souillé, légumes, gâteaux à la crème et surtout par les huîtres. Malgré les mesures envisagées et prises en partie, les cas de fièvre typhoïde d'origine ostréaire sont toujours aussi nombreux et aussi graves pendant les mois « en R ».

Cliniquement, il semble que la symptomatologie de la maladie s'est quelque peu modifiée depuis quelques années. C'est ainsi que, dans la plupart des cas, la constipation remplace la classique diarrhée : 274 formes avec constipation contre 54 avec diarrhée ; que les formes adynamiques avec prostration sont exceptionnelles. Le pouls n'est pas toujours aussi lent qu'on l'a décrit dans les traités classiques, et, dans la plupart des cas, dès le début de la période d'état, on note une tachycardie qui peut atteindre 120-130 sans être, pour cela, d'un mauvais pronostic. Elle marque le début de la myocardite typhique qui peut s'en tenir du reste à cette simple accélération du pouls.

Dans presque toutes les formes observées, le bacille d'Eberth a été à peu près seul en cause : 297 fois contre 31 fois les para A ou B.

Les auteurs estiment qu'on peut, à l'heure actuelle, isoler une forme clinique « ostréaire » de la fièvre typhoïde qui se caractérise par son début brusque, par des frissons et des vomissements, son évolution plus sérieuse, la fréquence des complications : 71 p. 100 dans ces formes contre 9.8 p. 100 dans les formes ordinaires ; le pourcentage considérable des décès, 17 p. 100 dans les formes ostréaires contre 3,6 p. 100 dans les autres.

Les auteurs poursuivent actuellement des recherches bactériologiques et thérapeutiques sur les moyens de combattre le bacille d'Eberth dans l'huître elle-même, et ils insistent sur la nécessité, pour les amateurs d'huîtres, de se faire vacciner s'ils veulent continuer à user de cet aliment sans danger pour leur santé et même pour leur vie. Des cas typiques de contamination familiale ont, en effet, montré que les sujets non vaccinés faisaient toujours des formes très graves tandis que ceux qui avaient été vaccinés restaient indemnes ou ne faisaient qu'une infection atténuée.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde, facilité par les recherches de laboratoire, est le plus souvent facile, au moins à la période d'état. Cependant, dans quelques cas, cette infection a pu être confondue à la pyélonéphrite à colibacilles. Il est donc nécessaire de répéter à plusieurs reprises le séro-diagnostic surtout lorsque, comme dans deux cas observés par nous, l'agglutination a été faible et de rechercher le colibacille dans les urines.

Le traitement, en dehors de cette vaccination préventive, doit être des plus simples et on doit se garder de toute thérapeutique agressive. Les auteurs, après une expérience de plus de vingt ans portant sur 1.649 cas de fièvre typhoïde, estiment que les résultats les meilleurs sont obtenus avec la balnéation, les boissons abondantes, les soins de propreté et, exceptionnellement, en cas de complications cardiaques ou d'hémorragies, les injections d'huile camphrée à hautes doses (10 centimètres cubes toutes les trois heures) ou de morphine-ergotine.

Au point de vue prophylactique, il serait de toute nécessité ainsi que l'ont demandé déjà les professeurs Widal, Lemierre et Abrami, que l'on constitue un dossier très précis pour les individus vaccinés avec indications des dates, des doses et du vaccin employé. Nous pensions trouver ces indications sur les livrets militaires de nos malades vaccinés pendant la guerre. Il n'en a rien été dans la plupart des cas, et cette indication a été absente ou incomplète. Il semble également qu'un trop grand nombre d'individus a réussi, sans raisons médicales valables, à échapper à la vaccination. Il serait donc de toute nécessité que, dans l'avenir, ces indications soient mieux établies si l'on veut se rendre un compte exact de la valeur et de la durée de la vaccination. Il serait également désirable de voir se répandre dans le grand public la notion que la vaccination antityphoïdique, du moment qu'elle est pratiquée après examen médical permettant d'éliminer les sujets chez lesquels elle est contre-indiquée, ne présente aucune gravité et qu'elle donne des réactions infiniment moins pénibles que la vaccination contre la variole qui est cependant acceptée par tous.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 février 1924 (*Suite*).

Un cas d'endocardite maligne greffée sur une lésion valvulaire chronique. — *MM. Laubry et Walser* rapportent l'observation d'un malade, ancien rhumatisant, porteur d'une lésion mitrale, pris en pleine santé apparente d'une violente douleur abdominale suivie de vomissements et de diarrhée avec état infectieux grave d'allure typhoïde. L'évolution qui dura 15 jours fut marquée par l'apparition successive d'une réaction méningée, d'un double souffle aortique, d'une oblitération artérielle du membre inférieur gauche, et se termina par la mort.

Les auteurs discutent successivement l'hypothèse d'une endocardite maligne primitive à localisation auriculaire, indépendante des lésions valvulaires antérieures ; celle d'une endocardite lente cliniquement latente, terminée brusquement par une phase suraiguë en apparence primitive ; celle enfin d'une endocardite maligne secondaire greffée sur des lésions chroniques anciennes, hypothèse la plus vraisemblable.

Ils montrent l'intérêt clinique de ces faits de passage qui établissent l'absence de cloisons étanches entre les différents types classiques d'endocardite infectieuse.

L'épreuve de Meltzer-Lyon chez le sujet normal. — *MM. M. Chiray et M. Milochevitch* donnent les résultats de leurs observations personnelles sur l'épreuve de Meltzer-Lyon qu'ils considèrent comme une des acquisitions modernes les plus importantes de la séméiologie digestive. Dans cette première note, après avoir rappelé la part qui revient au physiologiste français Doyon dans la genèse de la question, ils étudient la technique de l'épreuve chez le sujet normal, telle qu'elle a été codifiée par Vincent Lyon sur les suggestions de deux physiologistes américains, Meltzer et Auer. Les auteurs envisagent les différentes conditions dans lesquelles se fait chez le sujet normal la récolte des échantillons A, B et C, et la signification qu'on est en droit d'attribuer à chacun d'eux. Ils indiquent même les modifications utiles à apporter à la technique employée par Vincent Lyon. Enfin, ils exposent les résultats des dosages des pigments et sels biliaires ainsi que de la cholestérine effectués comparativement sur les biles A, B et C dans une centaine de cas.

Note sur l'emploi des huiles iodées de faible concentration en radiologie broncho-pulmonaire. — *MM. Bezançon et Azoulay* montrent qu'il est inutile d'employer du lipiodol pur pour l'exploration radiologique des bronches et du poumon par la méthode de Sicard, Forestier et Leroux.

A la suite de plusieurs expériences, tant sur des tubes de concentration croissante en huile iodée, que sur l'homme, ces auteurs démontrent que l'huile iodée à 10 % préparée extemporanément en mélangeant par simple agitation une partie de lipiodol pur avec trois parties d'huile d'œillette ordinaire est suffisante pour la radiographie, en même temps qu'elle est moins nocive pour l'organisme.

Purpura aigu à staphylocoque. — *MM. Mathieu, Pierre-Weill et Robert Azoulay* rapportent une observation de purpura suraigu dont l'origine staphylococique put être établie par les hémocultures et la constatation du germe dans les lésions cutanées et les urines ainsi qu'à l'autopsie au niveau d'abcès miliaires du rein et des végétations cardiaques.

La porte d'entrée siégeait au niveau d'un abcès prostatique consécutif à ces cathétérismes répétés.

Une hémiplégie secondaire à une endocardite végétante absolument latente donnait par son association au purpura et au coma un syndrome clinique très particulier qui rappelait par certains points une méningococcie.

MM. Netter et Vaquez pensentqu'il serait préférable d'intituler la communication de M.-P. Weill : Endocardite avec purpura.

Sclérose de l'artère pulmonaire : Rôle de la syphilis. — *M. F. C. Arrilaga* (de Buenos-Ayres) qui a déjà étudié dans plusieurs publications, le curieux type clinique des cardiaques noirs et a montré les relations avec la sclérose de l'artère pulmonaire et de ses branches, rapporte sept observations nouvelles, dont six avec autopsie. Le rôle de la syphilis lui paraît démontré dans tous ces cas par les antécédents, les réactions sérologiques, surtout par l'aspect des lésions artérielles, et mieux encore, par la présence du tréponème, dans deux cas. Les processus broncho-pulmonaires chroniques antérieurs, fréquents, mais non constants, ne paraissent jouer qu'un rôle secondaire : ils agissent tout au plus comme point d appel pour la localisation du tréponème et même dans certains cas, paraissent eux-mêmes de nature nettement syphilitique (bronchectasies). L'auteur rappelle les traits essentiels du tableau clinique (cyanose avec polyglobulie, hyperthrophie ventriculaire droite démontrée par l'orthodiagramme ; prépondérance droite de l'électrocardiogramme, phase terminale d'insuffisance du cœur droit), qui lui a permis de faire dans tous les cas le diagnostic pendant la vie. L'évolution est toujours fatale et le traitement spécifique n'a guère d'action sur des lésions déjà profondes et étendues lorsque se manifeste le tableau clinique.

Quelques réflexes respiratoires au cours de la lithiase biliaire. — *M. F. Ramond et G. Parturier* ont étudié cliniquement et surtout à l'aide des rayons X, les réflexes respiratoires au cours des affections vésiculaires.

1) Dans un assez grand nombre de cas (plus de 10 %) le diaphragme présente un aspect *nivelé*. Les deux parties droite et gauche sont ramenées sur le même plan comme si le dôme hépatique, normalement plus élevé, s'abaissait par une contracture réflexe locale.

Si pendant l'examen, on exerce une pression sur la région vésiculaire, quatre éventualités peuvent se produire :

1) Pas de modification appréciable à l'état primitif.

2) Extension de la contracture aux muscles intercostaux. Il se réalise alors une sorte de tétanisation de la base thoracique, et les efforts respiratoires n'ont plus d'efficacité que dans les 2/3 supérieurs du poumon.

3) Crise de toux pénible (toux hépatique de Gilbert) contenue et ne comportant que des petites excursions diaphragmatiques.

4) Crise de toux peu douloureuse avec de grandes secousses du diaphragme. Si l'on ausculte la base droite on constate le signe décrit par M. Ramond: abolition ou diminution du murmure vésiculaire.

Les zones tussigènes supraglottiques. — *MM. Ameuille et Tarneaud.*

La fréquence des scléroses viscérales syphilitiques. — ***M. Maurice Renaud,*** en conclusion de la discussion, constate que personne n'a tenté de sortir du dilemme qu'il avait posé. On doit reconnaître ou bien qu'on ne rencontre les syphilitiques qu'en petit nombre quand on s'en tient aux signes de certitude, ou bien qu'on en découvre un nombre considérable et indéfini quand on tient compte de signes de probabilité dont on fixe arbitrairement la valeur. Personne non plus n'a indiqué à quel critère on reconnait sûrement l'existence d'une syphilis latente. La discussion a d'autre part montré combien tout devient arbitraire dès qu'on sort des certitudes et la description de la maladie que donne l'un ne ressemble pas à celle que donne l'autre. On trouve l'arbitraire dans le choix des signes cliniques et plus encore dans l'appréciation des réactions humorales.

La conception du rôle primordial de la syphilis dans la genèse des scléroses viscérales repose donc sur un échafaudage d'hypothèses. Elle suppose que l'enquête ayant établi la probabilité de la syphilis, cette syphilis probable est peut-être la cause de l'affection en cours, et enfin que celle-ci est susceptible d'être modifiée par un traitement anti-tréponémique. Cette cascade de probabilités peut être acceptée dans des cas particuliers où le dépistage d'une maladie fruste est parfois affaire de sens clinique, mais elle ne peut étayer le dogme de la syphilis omnifactrice et universelle dont les faits montrent la fausseté et l'inutilité.

Dr René Giroux.

© BIU Santé

Séance du 7 mars 1924.

Dilatation anévrysmatique de l'artère pulmonaire. — A l'occasion de la communication de M. Arrillaga, MM. ***Leconte*** et ***E. Bordet*** rapportent un cas de dilatation anévrysmatique de l'artère pulmonaire observée chez un homme de 54 ans, garçon boulanger, emphysémateux de longue date, ancien paludéen et ancien syphilitique ; il existait une cyanose disproportionnée avec la dyspnée du malade, et un certain degré de polyglobulie ; l'auscultation du cœur montrait un souffle systolique intense au foyer pulmonaire, sans aucun frémissement. L'examen orthodiagraphique permit de constater, en position frontale, une énorme saillie de l'arc moyen (flèche de cet arc 8 cm. 5 au lieu de 2,5 à 3 normalement) et, dans les positions obliques, une vaste dilatation ampullaire répondant au tronc de l'artère pulmonaire. Cette observation montre, une fois de plus, l'intérêt primordial de la radioscopie pour le diagnostic des lésions de ce vaisseau et vient à l'appui des conclusions de M. Arillaga sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de celles-ci.

Traitement de l'incontinence essentielle d'urine. — M. ***Comby***, à propos du procès-verbal rappelle les différents traitements de l'incontinence essentielle d'urine. Trousseau a employé avec succès l'extrait de belladone aux doses de 0,10 à 0,20 centigr. par jour, la strychnine, la noix vomique. On a également préconisé l'antipyrine ; Zuber a obtenu de bons résultats dans les cas d'incontinence d'urines neutres et alcalines, avec l'acide phosphorique. Les Italiens ont préconisé le camphre et d'autres auteurs la médication thyroïdienne. Guyon a recommandé la faradisation du col de la vessie, Sicard le lipiodol, d'autres médecins les injections épidurales de chlorure de sodium.

Pour Comby, le spina bifida n'est pas nécessaire pour l'incontinence et par conséquent l'opération faite par Delbet et Léri est spéciale à certains cas. L'hygiène et un régime alimentaires convenables associés à l'hydrothérapie et à l'atropine (15 à 20 gouttes de la solution d'atropine au millième) a donné des résultats heureux à M. Comby.

Méningite à pneumobacille de Friedlander. — M. ***Lian*** rapporte un cas à rapprocher de celui rapporté tout récemment par M. Ménétrier.

Gangrène pulmonaire ; sérothérapie antigangréneuse ; guérison ; adénopathie sérique généralisée. — MM. ***Leconte*** et ***Yacoel*** rapportent une observation de gangrène pulmonaire qui, traitée précocement par la sérothérapie antigangréneuse, a rapidement guéri. Par contre, tandis que se manifestait l'amélioration générale et locale, se produisit une véritable « explosion ganglionnaire » : ganglions inguinaux, axillaires, sus-claviculaires et sous-maxillaires se tuméfièrent et l'adénopathie inguinale prit même une allure inflammatoire assez aiguë pour faire craindre un adénophlegmon. La régression de cette poussée ganglionnaire fut cependant presque aussi rapide que l'avait été son eclosion, et la brusque apparition, quelques jours après celle-ci, des accidents sériques ordinaires (urticaire, arthralgies) vient confirmer l'origine sérothérapique de cet incident, exceptionnel à ce degré.

M. ***Netter*** a observé une réaction ganglionnaire dans tous les cas de sérothérapie.

M. ***Dufour*** signale le même fait, mais au cours de la gangrène pulmonaire si parfois on observe de beaux succès par la sérothérapie antigangréneuse, parfois aussi on observe aucune modification de l'état général et local. Dans un cas qu'il rapporte alors que la sérothérapie était restée inopérante, l'iodaseptine intraveineuse a été suivie de guérison.

M. ***Caussade*** considère qu'il est prématuré de parler de guérison, il a en effet noté des rechutes plus de 3 mois après une guérison apparente.

M. ***Martin*** considère le cas de M. Leconte comme assez rare. Dans le cas de grosse réaction ganglionnaire, il considère qu'il s'agit de sujets infectés.

Sur l'existence de lésions sanguines au cours des hémorragies cérébro méningées — MM. ***P. Emile Weil***, ***Isch-Wall*** et ***Pollet*** rapportent cinq cas d'hémorragies cérébro-méningées et un cas d'hémorragie rachidienne, où existaient en même temps des lésions du sang : à savoir prolongation du temps de saignement, qui est le double ou le triple de la normale avec arythmie, prolongation légère de la durée de la coagulation, un caillot peu ou pas rétractile et se redissolvant rapidement.

Dans tous ces cas, le liquide de ponction ramenait, non un liquide xanthochronique, mais du sang pur ou un liquide rouge.

Ces lésions du sang expliquent, non la production de l'hémorragie, mais son importance : en effet, l'hémorragie cérébrale banale ne s'accompagne généralement pas de lésions sanguines, ce qui est naturel, puisqu'elle résulte de lésions artérielles (athérome, artérite syphilitique, hypertension). Grâce à la difficulté de la coagulation, l'hémorragie continue longtemps et peut fuser dans les ventricules cérébraux et les méninges.

Cette notion a une importance thérapeutique, car elle fait conclure à l'utilité d'associer à la ponction lombaire décompressive les médications coagulantes : sérothérapie, hématothérapie, qui se montrèrent utiles dans deux cas.

Un cas d'anévrismes multiples. — MM. ***Dargein*** et ***Oudard***.

Coma hépatique chez un diabétique. — M. ***Marcel Labbé*** rapporte l'histoire d'un malade ayant présenté un coma au cours d'une cirrhose hépatique avec diabète et sans mélanodermie. Il n'existait pas d'acidose et l'insuline est restée sans effet. L'auteur a pu se rendre compte après la mort que le foie présentait des lésions de dégénérescence très marquée.

Colique vésiculaire à forme lombaire. — MM. ***Mozer*** (de Berck et ***G. Parturier*** (de Vichy). rapportent l'observation d'une malade qui fut prise brusquement d'une douleur lombaire avec raideur de la colonne vertébrale. On crut à un mal de Pott et on tenta d'appliquer un corset plâtré.

La constriction de la région sous-hépatique exaspéra la douleur et on dut se contenter du lit plâtré, 2 ans après, elle présente une tuméfaction du flanc droit et on pense à un abcès par congestion. Au moment d'intervenir, la tumeur avait spontanément disparu. C'est 2 ans plus tard qu'un examen, pratiqué dans des conditions plus favorables, fit reconnaître dans le flanc droit, auprès d'un rein ptosé, un cholécyste à méso flottant sous un lobule de Riedel, avec point phrénique de Chauffard, subictère. Le traitement classique de la colique vésiculaire entraîna la suppression des douleurs lombaires et la disparition de la tumeur qui ne réapparaît qu'après certains écarts de régime.

Prix de la Société médicale des hôpitaux. — 1° Prix Cingeot (1.500 fr.)

Sujet : *Les ictères épidémiques*.

Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le Bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1925 ; le prix sera attribué à la fin de décembre 1925.

2° Prix Paul Legendre (3.000 fr.)

Sujet : *Le service social à l'hôpital, résumer les œuvres qui le constitueront en 1925 et proposer les améliorations désirables*.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1926 : le prix sera attribué à la fin de décembre 1926.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1924.

Fractures du coude et paralysies cubitales. — M. ***Mouchet***, à propos de la communication récente de M. Grégoire, fait observer que les paralysies du nerf cubital sont toujours d'apparition très tardive. Elles sont la conséquence du cubitus valgus, lequel résulte lui-même d'un trouble de l'ostéogénèse. aussi les troubles nerveux, comme l'a dit Grégoire, sont toujours

© BIU Santé

plus marqués à mesure que l'extension est plus complète. Son opinion ne diffère de celle de M. Grégoire que par des détails d'interprétation.

Pour le traitement, l'intervention s'impose le plus souvent. Pour sa part, il préfère à la transplantation du nerf telle que l'ont pratiquée Grégoire et quelques autres chirurgiens, l'ostéotomie cunéiforme sus-condylienne qui, en remédiant au cubitus valgus, fait disparaître du même coup les troubles paralytiques sans qu'il soit besoin d'intervenir sur le nerf lui-même.

Pancréatite hémorragique. — M. *Brin* communique un cas personnel de pancréatite hémorragique dans lequel il est intervenu sans un diagnostic précis, le malade ayant été vu par lui assez tardivement. Il s'est contenté de drainer la région pancréatique et son malade a guéri. Les taches de stéatonévrose étaient nombreuses et très nettes. Pour remédier à la grande distension intestinale, il avait en outre établi une fistule cæcale. La vésicule ne lui parut pas enflammée et la palpation ne lui a pas permis d'y constater la présence de calculs.

M. B. constate sans se l'expliquer la bonne influence, du drainage de la région pancréatique. L'absence des taches de stéatonécrose ne lui semble pas, comme l'a dit Desplas, indiquer une gravité plus grande de la pancréatite. En réalité celle-ci est de gravité variable et elle tue parfois avant que la stéatonécrose ait eu le temps de se montrer comme certaines péritonites septiques tuent avant que la suppuration péritonéale ait eu le temps de s'établir.

Un cas d'ectromélie. — M. *Mouchet* rapporte une observation d'ectromélie communiqué par MM. Vidal et Paschetta (Nice) et observé chez une fillette de 10 ans considérée depuis l'enfance comme atteinte d'un double pied-bot. En réalité tout le segment inférieur des membres inférieurs était atrophié. La radiographie montre un tibia assez long, mais atrophié dans ses 2/3 inférieurs, et à côté un os long atrophié qui paraît être le péroné. Il n'y a que deux os dans le tarse, deux métatarsiens et deux orteils. Il s'agit donc d'un cas d'ectromelie bilatérale.

Ostéomyélite de la hanche et vaccin. — M. *Okinczyc* relate l'observation d'un homme de 20 ans qui, ayant eu, plusieurs années auparavant un point de trochantérite aiguë très nette, fut pris de douleurs vives dans la cuisse et la hanche, avec fièvre à grandes oscillations. Quand il est vu par M. O — c'est-à-dire 42 jours après le début — il présentait des signes très nets d'arthrite suppurée de la hanche et des douleurs si vives qu'il appréhendait le moindre contact. La radiographie montrait un point d'ostéite sur le bord supérieur du col fémoral. On fit d'abord une injection de vaccin anti-furonculeux. Dès cette première injection une amélioration très nette se montre, la douleur et la fièvre diminuent. Au bout de 12 injections la douleur a disparu, l'appétit est revenu et on a pu sans peine installer une traction continue. Onze mois après le malade est guéri avec ankylose. Une radio récente montre un point net d'ostéite.

M. *Bréchot* craint que des cas de ce genre ne poussent les chirurgiens à retarder une intervention dont l'urgence s'impose dans la grande majorité des cas.

M. *Mouchet* estime que les cas observés et étudiés par lui ne sont guère favorables à la méthode de la vaccination dans les ostéomyélites.

M. *Mathieu* a vu une fillette, traitée deux ans avant par le vaccin pour une ostéomyélite du grand trochanter et qui a fait un volumineux abcès qu'il a dû opérer. Dans un autre cas d'abcès secondaire, il a mis simplement la malade au repos et la guérison s'est faite spontanément. Il eût fait du vaccin dans ce cas qu'il eût été conduit à attribuer la guérison au vaccin. Lorsque celui-ci a une action il n'agit pas avec la rapidité que signale Okinczyc.

M. *Grégoire* estime que le vaccination a ses indications comme le bistouri. Il a observé récemment, avec M. de Martel, un cas analogue à celui de M. O., et qui, bien que paraissant très gravement atteint, a guéri par la vaccinothérapie.

M. *L. Bazy* se demande si la vaccination n'agit pas en produisant des phénomènes d'intolérance qui amènent la maladie à brûler les étapes. Elle serait donc capable tantôt de hâter la guérison, tantôt d'aggraver au contraire le mal.

M. *Ombrédanne*. On apporte souvent des cas individuels de guérison, mais on n'apporte pas les cas individuels où le vaccin a échoué. Pour sa part le vaccin ne lui semble efficace que dans l'ostéite épiphysaire des nouveau-nés — et dans la périostite maxillaire des jeunes.

M. *Okinczyc* estime que dans le cas qu'il a observé et relaté il lui paraît difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre le vaccin et la rapide amélioration qu'il a observée.

Traitement opératoire de la bronchectasie. — M. *Guibal* communique les résultats obtenus par lui dans le traitement opératoire de la bronchectasie. Il a opéré quatre malades atteints de bronchectasie localisée. Trois de ses malades, auxquels il a fait des opérations palliatives, sont morts. Il estime que ces interventions, seules possibles lorsque les lésions sont étendues ou disséminées dans tout un poumon ; le pneumothorax — dont l'action est malheureusement courte et précaire — thoracoplastie extrapleurale qui donne parfois des résultats assez satisfaisants, — ou pneumotomie, indiquée seulement dans des poches bien localisées et mal drainées — ces interventions ne peuvent donner de guérison réelle.

Lorsque les lésions sont localisées dans un lobe, seule la pneumectomie peut être efficace. La mortalité de cette opération est encore grande. Mais il est possible qu'on arrive à en améliorer la technique.

M. G. l'a tentée une fois avec un résultat des plus satisfaisant et ce cas heureux est le premier publié en France. Il insiste sur la nécessité d'employer l'anesthésie rachidienne qui seule permet d'éviter l'asphyxie brusque par vomique au cours de l'opération — le malade pouvant, parce qu'il ne dort pas expulser ce pus sans incident.

M. *P. Duval* a vu en effet un de ses malades mourir d'asphyxie au cours de l'opération. Il serait en tout cas nécessaire de n'opérer qu'en position de tête basse. Ce qui est intéressant dans le cas de G. c'est qu'il ait pu, au 40e jour, obtenir la fermeture de la fistule bronchique, car celle-ci est le gros écueil de la pneumectomie.

M. *Tuffier* est disposé à admettre que la rachianesthésie soit particulièrement indiquée dans ces interventions.

Ch. Le Braz.

Séance du 5 mars 1924.

Un cas d'oblitération haute de l'artère mésentérique. — *M. Descomps* rapporte une observation de M. Desplas, concernant un cas d'oblitération haute de la mésentérique supérieure. Le diagnostic ne put être fait qu'au cours de l'intervention. La malade présentait des signes de péritonite et M. Desplas croyait avoir affaire à une appendicite. La laparotomie a montré un sphacèle total de l'intestin grêle — et on ne put que refermer le ventre. La malade a succombé quelques heures après. Ce sont là des faits assez rares, mais un assez grand nombre en ont déjà été publiés. Il est assez exceptionnel que la gangrène atteigne la totalité de l'intestin. M. Descomps en a retrouvé 7 observations publiées. Lorsque l'oblitération est partielle on peut tenter la résection de la portion sphacélée et on a pu parfois obtenir la guérison.

Le diagnostic n'est pas fait en général. La présence d'une phase de diarrhée séreuse avec hémorragies, à peu près constante, est très utile au diagnostic.

M. Lardennois pense que ces faits sont plus fréquents qu'on ne l'a dit. Il a été appelé à en opérer récemment un cas et à la même maison de santé, deux autres chirurgiens avaient presqu'en même temps opéré des malades atteints de cette même affection. Il a été frappé par l'intensité des phénomènes douloureux et a cru à une pancréatite. Il a réséqué deux mètres d'intestin. Mais son malade a succombé et les deux autres se sont terminés de même.

M. Chifoliau a observé plusieurs cas de thrombose de ce genre à la Maison Dubois. Il n'a jamais vu la phase de diarrhée

© BIU Santé

séreuse et on a cru à des occlusions intestinales. Le lavage d'estomac et le toucher rectal ramènent parfois du sang. Il n'a tenté la résection que dans un cas, car les malades sont en général dans un état si grave que la résection est impossible.

Ligature de la veine iliaque et infection puerpérale. — *M. Proust* fait un rapport sur le cas d'une malade atteinte d'infection puerpérale avec un début de phlegmon du ligament large et qui présentait des frissons, des ascensions thermiques hors de proportion avec l'état local. Sur ses conseils, M. Morel a fait la ligature de la veine iliaque primitive en même temps qu'il ouvrait le phlegmon du ligament large. Les troubles se sont immédiatement atténués et la malade a guéri. Il ne reste comme conséquence de la ligature de la veine qu'un léger œdème du mollet. Il a encore actuellement dans son service une autre malade qui présentait également des troubles généraux très marqués malgré un état utérin satisfaisant et sans localisation à la trompe. Il a également pratiqué la ligature de la veine iliaque primitive sans autre intervention et ici encore les frissons et les oscillations thermiques ont aussitôt disparu. C'est une opération simple, facile, plus facile que la ligature de la veine iliaque interne à laquelle il avait d'abord songé. Elle peut se rapprocher de la ligature de la jugulaire conseillée dans la phlébite des sinus.

M. Lecène. — C'est là une question complexe. Pour être logique il faudrait faire une ligature bilatérale ou même lier la veine-cave à cause des utéro-ovariennes. On ne peut faire de rapprochement entre cette opération et la ligature de la jugulaire car celle-ci est l'unique vaisseau descendant de la mastoïde.

M. Sébileau est du même avis. La ligature de la jugulaire ne paraît d'ailleurs pas avoir une action heureuse dans tous les cas. On ne peut qu'enregistrer les faits signalés par M. Proust et attendre des faits confirmant ses conclusions.

M. Alglave demande que le traitement des infections puerpérales post abortum soit mis à l'ordre du jour.

Artérite oblitérante et contusion artérielle. — *M. Auvray* fait une communication sur un cas d'artérite oblitérante de l'axillaire consécutive à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Il s'agissait d'une femme âgée, éthylique qui ayant fait une chute se fractura l'extrémité supérieure de l'humérus, fracture avec gros déplacement et ecchymose considérable. Elle fut d'abord immobilisée dans une écharpe pour attendre que cette ecchymose se résorbe. Au moment de son arrivée à l'hôpital, l'interne constata une diminution du pouls radial, mais ce signe disparut et on ne s'en occupa pas les jours suivants. Le 5e jour des taches apparurent sur la main. M. A. ne la vit que le 7e jour. La température montait et la blessée se plaignait de douleurs très vives. A ce moment les plaques de gangrène étaient plus nettes. Le pouls artériel avait disparu. Aucune oscillation au Pachon. L'intervention est aussitôt décidée. L'artère axillaire à sa terminaison, au niveau de l'origine des circonflexes présentait un léger renflement fusiforme. Elle est incisée longitudinalement entre 2 pinces et on en extrait un caillot de 3 cm. Suture de l'incision.

Les douleurs persistèrent très intenses pendant 24 heures puis diminuèrent et disparurent. La gangrène n'a pas disparu mais son évolution fut arrêtée et des sillons d'élimination se montrèrent bientôt. Il fallut faire l'amputation de la main. Le pouls radial ne s'est pas rétabli mais l'indice oscillométrique revint à 1 (3 du côté sain) — la maxima revenant à 16 (19.10 du côté sain).

Ulcère rond dans le diverticule de Meckel. — *M. Guibal* fait une communication relative à un cas d'ulcère peptique sur un diverticule de Meckel observé chez un enfant. L'ulcère était entièrement comparable à un ulcère simple de l'estomac, la structure de la muqueuse étant elle-même comparable à celle de la muqueuse stomacale.

Kyste du fémur. — *M. Mouchet* présente les radiographies d'un enfant opéré par lui et atteint d'un cas typique de kyste osseux de la région trochantérienne.

Présentation d'instrument. — *M. Rouvillois* présente un nouvel appareil destiné au traitement des fractures de cuisse en extension et en suspension.

Présentation de pièces. — *M. Dujarier* présente une pièce de torsion spontanée de la trompe chez une jeune fille et d'un volume tel qu'il a cru à un kyste de l'ovaire tordu.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 mars 1924.

M. *Victor Pauchet* présente un film sur le traitement de l'ulcère de l'estomac par la résection.

Le diagnostic clinique de la guérison de l'ulcère de l'estomac, est impossible. Le principal caractère clinique de l'ulcus duodénal ou gastrique est son processus par poussées successives, alternant avec des périodes de guérison apparente. Le fait que tous les troubles disparaissent pendant plusieurs mois après le traitement ne signifie pas du tout que l'ulcus est cicatrisé. Tout ulcus cliniquement guéri depuis longtemps peut subir une dégénérescence cancéreuse. Nombre d'ulcus enlevés, d'aspect bénin, sont en voie de transformation néoplasique (13,5 %).

Après avoir pratiqué jadis quelques opérations palliatives, Victor Pauchet, depuis 1910, pratique presque systématiquement 80 %) la gastro-pylorectomie. Cette opération n'est pas plus grave que les opérations dites palliatives et elle donne des résultats définitifs. La mortalité est de 3 à 4 %.

Anesthésie générale par voie épidurale et rachi-anesthésie. — M. *Victor Pauchet* affirme que si la voie *épidurale* préconisée par Cathelin rend des services dans l'anesthésie du périnée et du petit bassin, elle est souvent infidèle (1/4 des cas). Quant à son extension à l'anesthésie du corps entier, par infiltration épidurale, d'une plus grande quantité de liquide anesthésiant (méthode de Hennecart), c'est un procédé intéressant, qui a peut-être beaucoup d'avenir, mais n'a pas encore fait assez ses preuves pour détrôner l'anesthésie régionale.

La *rachi-anesthésie* ne doit pas être utilisée pour les opérations bénignes. Mais dans les opérations importantes, comme l'hystérectomie pour cancer utérin, la colectomie, le traitement de l'occlusion intestinale, l'amputation abdomino-périnéale du rectum. La rachi-anesthésie est une excellente méthode.

M. Péraire présente un cas d'**hydarthrose à répétition** traité par l'arthrotomie et la marsupialisation. C'est son vingt-septième malade ainsi traité et radicalement guéri avec marche parfaite et intégrité complète des mouvements. Ce malade présentait en plus un corps étranger formé d'un ménisque détaché.

M. *Villandre* présente une résection du côlon pelvien pour mésosigmoïdite rétractile avec volvulus. Les deux bouts du côlon furent abouchés à la peau dans l'incision de la laparotomie médiane sous-ombilicale. L'anus artificiel fonctionne et le malade, dont l'état général était très précaire au moment de l'opération, paraît hors de danger.

Néphrite chronique douloureuse guérie depuis 14 ans par décapsulation et néphrectomie. — M. *Lavenant* rapportant une observation d'*Eliot* discute les effets de la décapsulation. Pour lui, les phénomènes douloureux disparaissent par l'énervation, car la capsule se reproduit plus fibreuse dans un temps qui va de quinze jours à deux mois, sans qu'il y ait de vaisseaux de nouvelle formation faisant communiquer le parenchyme avec l'atmosphère périrénale et les guérisons de néphrite se font par hypertrophie compensatrice due à l'afflux sanguin dans un rein dont la vasodilatation se fait facilement.

M. Rœderer présente la radiographie et l'observation d'une femme de 56 ans atteinte de tuberculose du pubis, dont le seul symptôme clinique a été représenté par deux fistules ayant coulé environ un an et demi, sans qu'on en connaisse l'origine.

© BIU Santé

REVUE DE LA PRESSE

Le tétanos chez l'enfant.

Prenant pour origine trois observations recueillies dans leur service, MM. H. ROCHER et L. MOLES, (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 mars 1924) insistent sur les particularités cliniques du tétanos chez l'enfant.

Il semble que le tétanos infantile, dont la fréquence croît avec l'âge, ait son maximum d'apparition entre dix à quinze ans.

Les garçons sont deux fois plus fréquemment frappés.

Les signes cliniques sont analogues à ceux présentés par l'adulte. Toutefois — sur 40 observations — 1 seule : tétanos subaigu généralisé, et pas un seul tétanos localisé ; 1 seul cas de tétanos post-sérique à évolution aiguë et généralisé.

La sérothérapie intensive sous-cutanée donne 77 pour 100 de guérisons.

La sérothérapie intensive caractérisée par l'emploi simultané du sérum sous-cutané, à doses élevées et intra-rachidien (290 cc. chez un enfant de dix ans) donne 88 % de guérisons.

MM. ROCHER et MOLES sont partisans de joindre à la sérothérapie le chloral et la morphine qui, décupleraient le passage dans le liquide céphalo-rachidien de l'antitoxine injectée sous la peau.

Parfois les injections intra-rachidiennes déterminent des céphalées, à tel point qu'il vaut mieux interrompre ce mode d'administration.

Les injections intra-rachidiennes dans une observation ont dû être faites à des niveaux progressivement plus élevés pour permettre l'introduction sûre du sérum A-T.

D'après certains travaux expérimentaux, encore inédits, de M. Riou, interne des hôpitaux de Bordeaux, il y aurait intérêt, pour éviter les effets hémolytiques du chloral, à l'associer au citrate de soude. MM. Rocher et Moles n'ont eu qu'à se louer de la régularité d'action et de l'apaisement amené par le chloral intra-veineux (à 1 p. 30) sans aucun *incident*.

Indications et résultats du traitement du diabète par l'insuline.

MM. MAURIAC, PIÉCHAUD, AUBERTIN et SERVANTIÉ rapportent dans cette étude le fruit de leur expérience personnelle ; en voici les conclusions :

« I. Le traitement par l'insuline est indiqué dans le diabète grave avec amaigrissement, dans les cas s'accompagnant d'acétonémie, chez les malades en imminence de coma, dans le coma confirmé. Mais l'action du médicament est d'autant plus certaine que l'on a affaire à un diabète non compliqué et dans lequel tous les accidents relèvent d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. C'est pourquoi, dans le coma diabétique confirmé, l'insuline est souvent insuffisante pour lutter contre l'intoxication complexe qui commande cet état.

II. Même dans les diabètes ne présentant pas une allure grave, l'insuline est indiquée quand certains troubles fonctionnels existent, non influencés par le régime et qui, par leur intensité ou leur persistance, deviennent pour le malade une torture : la polydipsie, le prurit, la stomatite, les accidents infectieux, la cicatrisation des plaies sont très favorablement influencés par l'insuline, et quelquefois, pour le prurit en particulier, disparaissent de façon définitive.

III. L'insuline est indiquée comme préparation à l'acte chirurgical chaque fois que celui-ci s'impose chez un diabétique. Le traitement doit être poursuivi pendant la cicatrisation des plaies qui est grandement hâtée par la cure insulinique.

IV. L'insuline est au moins inutile chez les malades dont le diabète n'atteint pas l'état général, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel gênant et dont la glycosurie est maintenue à des chiffres peu élevés par un régime peu rigoureux.

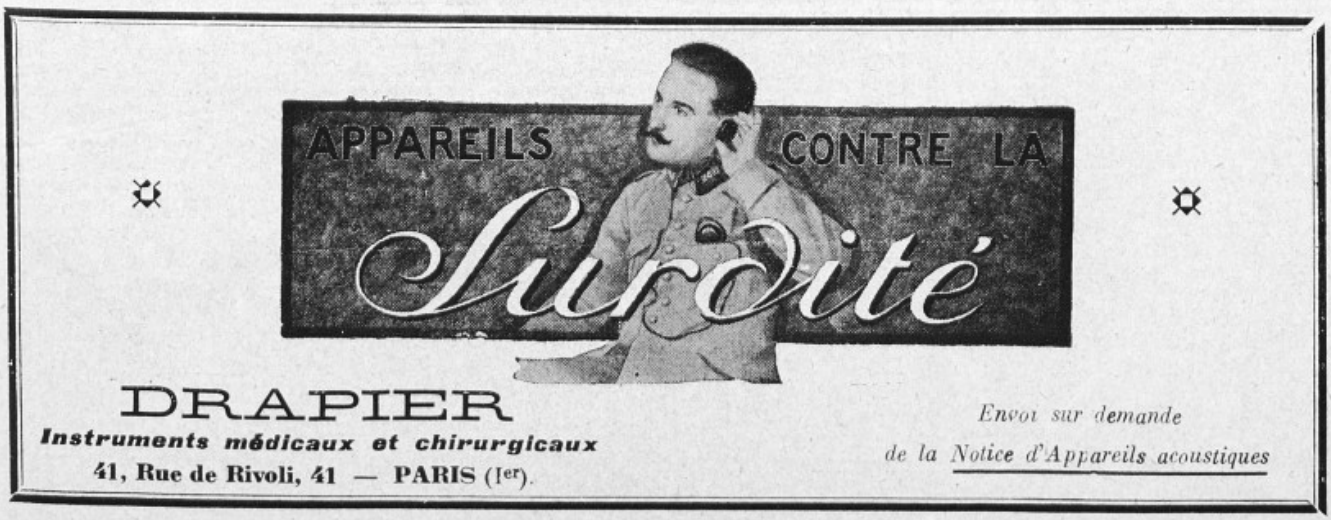
En résumé, le traitement par l'insuline est indiqué dans certains cas de diabète bénin et dans les diabètes graves.

Dans les diabètes bénins qui se compliquent à un moment donné de symptômes gênants, tels que le prurit, plaie, névralgie, etc., l'insuline permet le plus souvent d'en débarrasser les malades, ce que ne peut faire le régime en si peu de temps. Même après cessation du médicament, le résultat acquis persiste le plus souvent, mais l'allure générale du diabète n'en est pas modifiée. Dans ces cas, l'insuline supplée à l'insuffisance du régime sur un point particulier, mais ne peut prétendre à le remplacer. Même ainsi limités, les résultats que l'on peut attendre de l'insuline font de ce médicament une arme puissante aux mains du médecin.

Dans les diabètes en imminence d'aggravation, l'insuline doit être employée et répétée par cures espacées ; c'est le traitement de fond du diabète que Chabanier a bien étudié.

Dans les diabètes graves, avec acidose, l'insuline peut arrêter momentanément la marche rapide de l'infection, en supprimant glycosurie et acétonurie. Mais, contrairement aux cas précédents, l'amélioration est liée à la continuité de la cure dont la cessation entraîne presque fatalement la réapparition rapide du mal avec les mêmes caractères de gravité qu'auparavant. Dans ces diabètes graves, la maladie ne pardonnant pas, le médecin n'a pas le choix des armes, et l'insuline s'impose à lui ; mais, dans l'obligation où il se trouve de la continuer indéfiniment, il se heurte à tous les inconvénients des injections longtemps et continûment répétées : le malade s'en lasse, les tissus ne les peuvent plus supporter, les chances d'infection s'accumulent, et l'acidose et la mort à l'affût d'une interruption du médicament, emportent le malade dont on a simplement prolongé l'existence.

Il faut, pour terminer, attirer l'attention des praticiens sur les précautions que nécessite l'emploi de ce médicament.



© BIU Santé

Nous avons assisté récemment à quelques accidents survenant chez une femme qui présentait un petit diabète avec 14 grammes de sucre dans les urines par vingt-quatre heures et une glycémie de 2 grammes, mais qui était atteinte d'une névralgie sus-orbitaire rebelle que nous cherchions à faire disparaître avec l'insuline.

Dix minutes environ après l'injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de ce produit, non suivie, comme à l'ordinaire, par suite d'un malentendu, d'un repas contenant des hydrates de carbone, apparurent des troubles paraphasiques avec pâleur de la face et sensation de vertige faisant place bientôt à du tremblement généralisé, avec mouvements convulsifs de la face, tachycardie très importante (140 pulsations à la minute), sensation de fatigue et de brisement, une soif intense, grande anxiété et réactions vaso-motrices importantes. Glycémie à ce moment : 0.93.

Tous ces phénomènes disparurent peu à peu en une heure après ingestion de sucre et injection sous-cutanée de sérum glucosé à 44 p. 1.000.

Cet incident montre que l'injection d'insuline doit être suivie d'un repas contenant des hydrates de carbone et ne doit être maniée dans tous les cas qu'avec une certaine prudence. Des dosages fréquents du sucre dans les urines et dans le sang sont notamment de toute première nécessité. »

La valeur clinique des chiffres tonométriques.

La tonométrie, dit M. BAILLIART (*Annales d'oculistique*, février 1924) est une méthode clinique qui a ses avantages et ses limites.

La tension oculaire normale oscille entre 18 et 20 mm. Hg. ; c'est à 15 mm. qu'on fait généralement commencer l'hypotonie ; à partir de 35 mm. on peut dire avec certitude qu'il y a hypertension. Mais les chiffres tonométriques n'ont qu'une valeur relative. Ce qui fait la gravité des états hypertensifs, dit M. BAILLIART, c'est la discordance entre la tension oculaire et la pression artérielle locale : le danger apparaît au moment où la circulation rétinienne est gênée ou arrêtée par l'accroissement de la pression des milieux oculaires. Dans un travail antérieur, M. BAILLIART avait avancé que toutes les fois que la tension oculaire est égale ou supérieure à la moitié de la pression artérielle générale, on entre dans la zone dangereuse : il considère cette proposition comme toujours vraie, sans cependant la donner comme une vérité mathématique.

Les fièvres syphilitiques du post-partum.

MM. VORON, FAVRE et GRIVET rapportent (*Le Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1922) deux observations de fièvre prolongées du post-partum évoluant chez des malades syphilitiques, et qui furent guéries dès l'institution d'un traitement par le novarsénobenzol, alors qu'elles avaient résisté à toutes les autres médications. Il s'est agi chez ces deux jeunes femmes de fièvres syphilitiques pures et non de fièvres septiques puerpérales. On retrouve en effet, en les étudiant, tous les caractères aujourd'hui classiques des fièvres concomitantes de la syphilis.

L'action merveilleuse de la médication arsenicale s'explique dans les cas rapportés par les auteurs de la façon la plus simple : le novarsénobenzol ne doit pss être considéré comme un médicament curateur de toutes les fièvres du post-partum. Les fièvres qu'il guérit sont des fièvres syphilitiques chez des puerpérales.

La grossesse et la période qui suit l'accouchement exercent sur la marche de la syphilis, comme sur celle de la tuberculose, une influence qui, quoique moins apparente que pour cette dernière affection, n'est pas moins certaine.

L'apparition de manifestations fébriles doit être retenue tout particulièrement parmi les témoignages de cette action, en raison de la confusion possible de ces fièvres syphilitiques avec les fièvres septiques puerpérales.

ESTOMAC
DYSPEPSIES — GASTRALGIES
HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS GASTRIQUES
MAGNÉSIE BISMURÉE
(Marque Déposée)
RÉGULATEUR NORMAL DES FONCTIONS DIGESTIVES
Echantillons gratuits à Messieurs les Médecins
Préparée par :
A. W. B. SCOTT, Pharmacien-Droguiste
R. C. Seine : 113.911. 38, rue du Mont-Thabor, PARIS


CABINET
SIMON & CHOSSAT
Cession de CLIENTÈLES MÉDICALES
REMPLACEMENTS
83 Bd St Michel, Paris - Tél: Gob. 63-50
R. C. Seine : 208.041


BIBLIOTHÈQUE M. D.
Extensible en hauteur et en largeur
Meuble moderne et pratique, composé de casiers vitrés qui se placent au-dessus et à côté les uns des autres permettant de commencer votre bibliothèque même avec un seul casier et de l'agrandir ensuite au fur et à mesure de vos acquisitions de livres
Les dessins ci-contre montrent l'augmentation progressive par l'adjonction de nouveaux casiers
Demandez le catalogue N° 11
23, rue Albert Paris (13e)
Se monte et se démonte facilement

© BIU Santé

COURS DE STOMATOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par M. le Docteur **FREY,**
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté

Des malocclusions par malpositions & malformations des dents & des maxillaires

Rôle du médecin en orthodontie

EXAMENS ET CLASSIFICATION
- Les 3 directions pour l'examen : transversale, antéro-postérieure, verticale.
- Classification des malocclusions : transversales ou vestibulaires et linguales, antéro-postérieures ou mésiales et distales (classification d'Angle), verticales.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA RESPIRATION BUCCALE ET SES CONSÉQUENCES :
1° Malposition des dents ;
2° Malformations du max. supérieur, abaissement alvéolaire, voûte ogivale, déviation de lacloison ;
3° Malformations du maxil. infér. (obtusisme, élargissement angulaire).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE SUCEMENT DU POUCE ET LES MALFORMATIONS DES MAXILLAIRES CONSÉCUTIVES.
- glossoptose
- sucement bouche ouverte
- sucement bouche fermée

ETIOLOGIE. — CAUSES LOCALES :

I. *Dents.* Anomalies de forme, de nombre, de siège.
Les tumeurs adamantines.
Perte prématurée des dents temporaires, leur chute tardive.
L'éruption tardive des dents permanentes ; leur chute prématurée.
Les mauvaises habitudes infantiles (sucement du pouce) ; la respiration buccale. La macroglossie (vestibulo-version par macroglossie) ; l'amputation de la langue.
Quelle que soit la cause dentaire, la malocclusion ici est toujours due à des mouvements anormaux qui se réduisent à 3 types : *version*, *gression*, *rotation*.

II. *Alvéoles.* Atrophie.
Hypertrophie.

III. *Maxillaires.* — Nota : différence entre le prognathisme de l'anthropologie et le prognathisme de la stomatologie.
Malformations congénitales : max. inf. (atrophie, hémiatrophie, hypertrophie). max. sup. (atrophie totale, partielle).
Malformations acquises : d'abord pour les deux maxillaires, toutes les consolidations vicieuses des fractures.
En outre :
- max. inf. : *atrophie* par ostéomyélite, par ankylose temporo-maxillaire, par cicatrices étendues et profondes. *hypertrophie*, par prognathisme obstétrical, par hypertrophie linguale. *simples déformations* par : obtusisme rachitique (Frey et de Nevrezé). élargissement angulaire (J. Ferrier).
- max. sup. : *simples déformations* (respiration buccale, habitudes vicieuses, sucement du pouce, déséquilibre musculaire). *atrophie* (par cicatrices étendues et profondes (Aimé et Frey) ; par obstruction nasale (Delavan). *hypertrophie* (étalement rachitique).

IV. *Articulation temporo-maxillaire.* Déviations
- d'origine articulaire (luxations non réduites, arthrite, glissements, obs. de St-Bobo, sucement du pouce, minerve chez les pottiques. La méthode psychique de Frey pour le traitement de l'opistognathisme.
- d'origine musculaire (contractures, paralysies).
- d'origine cicatricielle.
- d'origine dentaire.

CAUSES GÉNÉRALES :
Hérédité : normale (dolicocéphales à ouvertures nasales étroites, brachycéphales à ouvertures nasales larges). tératologique (l'achondroplasie quand elle déforme le crâne ; la dysostose cléido-crânienne ; la dysostose crânio-faciale ; les anormales familiales de Galippe). pathologique (syphilis : action directe ; action indirecte par le terrain. Alcoolisme et tuberculose : action indirecte).
Rachitisme. — Selon la conception de Marfan.
Altérations de la nutrition par troubles endocriniens, par avitamimose.

PATHOGÉNIE. — Déséquilibre des dents.
Déséquilibre des muscles.
Déficience calcaire (expér. de Jules Ferrier).
Troubles trophiques (Delavan, Schiff, Anthony et Pietkiewicz).

SYMPTOMES. — Début très insidieux, ; intérêt capital de la recherche des symptômes du début.
Etat. Déformations faciales dans les 3 classes d'Angle ; dans les malocclusions verticales.
— — — chez les respirateurs buccaux, chez les rachitiques.
Troubles fonctionnels (mastication, écoulement salivaire, dyslalies, glossoptose de Robin).

© BIU Santé

COMPLICATIONS. — Carie, pyorrhée, gingivite, mortification pulpaire, insuffisance de la respiration laryngée.

DIAGNOSTIC — positif (dents maxill., articulation temporo-maxill.),
étiologique.

INDICATIONS DE TRAITEMENT POUR LE MÉDECIN — Traitement général contre le rachitisme, l'endocrinisme

Indications locales : 1° hygiène dentaire (dents temporaires, dents permanentes) ;
2° chez les blessés des mâchoires (brides cicatricielles, contractures) ;
3° chez les opérés des mâchoires et de la langue ;
4° Rôle du médecin au cours d'un redressement.

Dystrophies dentaires par toxi-infections

(Syphilis — Erosions)

Définition. — Troubles superficiels et profonds de la calcification dentaire ; ils sont la signature d'une toxi-infection ou de poussées toxi-infectieuses au cours de la formation de la dent ; *l'altération superficielle est visible dès l'éruption.*

Historique et synonymie. — Fauchard 1728 (érosions) ; Bunon 1746 (aspérité) ; Bourdet 1757, Hutchinson 1857, Magitot 1875, Parrot 1881, Fournier 1886, Zsigmondy 1903 (hypoplasie). — Atrophie pour les auteurs américains, Capdepont 1906 (étude critique).
Pour l'école contemporaine : dystrophies, dysplasies.
Galippe 1915, les considérait comme des anomalies hérédo-familiales (discussion).

Généralités. — Ces dystrophies sont { congénitales : maladie de l'embryon. / acquises : maladie de l'enfance.
Tableau de la calcification dentaire, montrant la possibilité, la localisation et la répartition des dystrophies provoquées sur les dents par les toxi-infections au cours de la vie embryonnaire et après la naissance.

Symptômes dentaires : 1° Groupe de dents homologues ;
2° Fréquence { dentition temporaire (Bunon, Parrot) ; / dentition permanente (surtout celles qui commencent leur calcification à une période plus rapprochée de la naissance).
3° Aspect { *dystrophies coronaires* ; (échancrures, sillons, pointillés) ; (érosions en nappe) ; *dystrophies cuspidiennes* : (dents en gâteau de miel, en trayons de vache, en bourse, stalagmites dentaires (le tubercule de Carabelli est-il une dystrophie) ?
4° Microdontisme assez fréquent, gigantisme plus rare, hétéro-morphisme, agénésie.

non dentaires concomitants { Maxillaire supérieur (voûte palatine et os incisif). / Maxillaire inférieur (angle). / Crâne (crânio-tabès, front olympien, crâne natiforme). / Oreille, œil, nez.

Anatomi e pathologique. — *Ivoire* : zone dentine, globulaire (Magitot).
Email : 2 zones de lésions, l'une profonde, l'autre superficielle.

Pathogénie. — D'après Capdepont, la double lésion de l'émail tient :
1° à un trouble fonctionnel de l'adamantoblaste ;
2° à une altération cytologique.
Mais les travaux récents de Retterer sur l'origine de l'émail nécessitent des recherches qui confirmeront ou non les conclusions de Capdepont.

Etiologie. — La dystrophie dentaire est proportionnée à { l'intensité ; / la durée ; / la répétition de l'affection causale sur un organisme très sensible, à l'action des causes pathologiques.

I. *Pendant la vie embryonnaire* :
1° Maladies aiguës de la mère au cours de la grossesse ;
2° Traumatismes subis par la mère (tentatives d'avortement) ;
3° Syphilis héréditaire (Theuveny), Pasini, Cavallaro).

II. *Chez l'enfant* :
1° Syphilis héréditaire (poussées dans les 3 premiers mois) ;
2° Fièvres éruptives ;
3° Convulsions : par toxi-infections, exogènes ou endogènes (poisons convulsivants) ;
crânes trépanés, des préhistoriques, érosions dentaires et éclampsie.
discussion : Magitot ;
Broca ;
Durkheim et Lévy-Prühl.
4° Tétanie (lésions des parathyroïdes) et consécutivement,
selon les uns : métabolisme du calcium troublé, *théorie, calcique* ;
selon les autres : intoxication de l'organisme par un poison tétanisant, dérivant du métabolisme azoté (*théorie toxique*).
5° Rachitisme (ostéo-lymphatisme de Marfan) ne doit être considéré que comme *terrain prédisposant à la dystrophie* ; mais ne produit pas directement celle-ci.
6° Traumatismes dans le tout jeune âge (Pietkiewicz, Chompret, Frey).

Valeur clinique de la dent d'Hutchinson. — Nous avons déjà vu (pyorrhée et malocclusions), l'influence de la *syphilis sur la dystrophie de l'os incisif*. Ici, à propos de la syphilis héréditaire, outre les symptômes dentaires, vus plus haut, insistons sur la clinique de la dent d'Hutchinson (dent incisive supérieure) :

Ses 4 caractères d'après cet auteur.
Qu'est-ce que la *triade d'Hutchinson* ? La tétrade selon Cantonnet ?

© BIU Santé

Ce que Hutchinson n'a pas vu : la dent de six ans (Frey) ; la dent en bourse (Mozer).
L'importance de la syphilis est-elle exclusive ?
La valeur de la dent d'Hutchinson pour diagnostic précoce de la syphilis et éviter complications graves (Guilly) (Carle).
Y ajouter la réaction de Bordet-Wassermann et les signes cliniques de certitude de Marfan.

Tumeurs solides & liquides d'origine adamantine

(Dentomes & adamantinomes de Coryllos) — (Dysembryoplasies épithéliales de Delater & Bercher) (Folie adamantine)

GÉNÉRALITÉS : Le tissu adamantin. Tumeurs du tissu adamantin ; *véritable famille pathologique* malgré leur extrême variété clinique et anatomo-pathologique.

PATHOGÉNIE :
I. *Exagération du processus vacuolaire* : kystes.
II. *Exagération du processus excito-formateur*, hyperplasie mésodermique : tumeurs solides.
III. *Exagération des deux processus à la fois* : tumeurs mixtes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : (Type malpighien / Type gubernaculaire / Type adamantin) Discusion (Théorie bulbaire de Broca. / Théorie épithéliale de Malassez.)

Ces éléments peuvent évoluer ou involuer au gré d'une cause ignorée (Delater et Bercher) ou plutôt en vertu de la loi de la métaplasie épithéliale.

Cholestéatomes.

Suivant la prédominance du processus prolifératif sur le processus vacuolaire, la tumeur adamantine est (solide, / liquide, / mixte).

Un adamantinome solide enlevé peut récidiver en un adamantinome liquide ou inversement.

CLASSIFICATION : A) Les tumeurs adamantines SOLIDES peuvent être divisées en :

I) *Dentomes* (tumeurs des dents).
- *a*) Coronaires (odontomes coronaires de Broca) (« dents verruqueuses »).
- *b*) Radiculaires (odontomes radiculaires de Broca, perles d'émail de Malassez).
- *c*) Coronaires et radiculaires circonscrits et diffus.
- *d*) Dentinomes de Malassez et Galippe ou nodules dentinaires ; denticules pulpaires de Capdepont et Guido-Fisher).

II) *Adamantinomes solides* : *a*) simples (tissu adamantin sans éléments calcifiés) ; *b*) dentifiés (tissu adamantin dans lequel l'activité calcifiante est plus ou moins exagérée).

a) *A. S. S.* odontomes embryoplastiques de Broca ; odontomes bulbaires de Magitot ; épithéliomes adamantin de Malassez.
Tissu épithélial et conjonctif.

b) *A. S. D.* 1° Tissus dentaires amorphes (odontomes odonplastiques de Broca) grains d'émail, dentine, cémento-dentine ;
2° Une dent plus ou moins développée ;
3° Plusieurs dents plus ou moins développées : folie odontoplastique du tissu conjonctif sollicité par les épithéliums adamantins mais « *bâtissant sans architecte* » (Delater et Bercher).
Observation du profess. De Lapersonne.

B) Les tumeurs adamantines liquides peuvent être monoloculaires ou multiloculaires.
Se divisent en : a) *Adamantinomes liquides simples.* b) *Adamantinomes liquides dentifères.*

a) *A. L. S.* 1° Kystes radiculo-dentaires (voir 7e leçon).
2° Kystes folliculaires (kystes embryoplastiques de Broca) ne contenant ni dent ni tissu dentaire amorphe.
Amorphe : Revêtement épithélial. / Liquide (ses caractères).

b) *A. L. D.* 1° Tissus dentaires amorphes (kystes odonplastiques de Broca (concrétions, émail, dentine).
2° Une dent plus ou moins développée (discussion sur l'origine folliculaire. Malassez ; Tellier).
3° Plusieurs dents. Multiplication des germes, ou bien l'adamantinome liquide a envahi plusieurs organes adamantins).

SYMPTOMES : *Période de latence* (cas de pyorrhée précoce).
Radiographie.
Période de déformation. Déplacement et chute des dents.
Déformation. Nature du liquide dans le kyste.
Période d'extériorisation plus ou moins monstrueuse. Infection secondaire.
Y a-t-il douleur ?
Quelques types cliniques adamantinome solide simple.
— solide dentifié.
— liquide simple.
— mixte dentifère, surtout liquide.

DIAGNOSTIC : Rôle important de la radiographie.
Diagnostic avec tumeurs bénignes des maxillaires d'origine non dentaire (épulis, ostéomes, fibromes, chondromes).
— — — malignes des maxillaires (sarcome, épithéliome).
— — des raretés (kystes hydatiques, ostéite fibro-kystique déformante de Recklinghausen.

PRONOSTIC : Récidives possibles, mais sans généralisation.

TRAITEMENT : Exérèse complète. Prothèse de maintien post-opératoire (Frey et L. Ruppe).
Prothèse restauratrice.

◆

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La pathologie anténatale de la fécondation à la maturité fœtale,

Par **Henri VIGNES.**

PATHOLOGIE DE LA FÉCONDATION

Il est indéniable qu'une action nocive puisse s'exercer sur le germe lors de la fécondation. L'ivresse, les narcotiques, au moment de la conception, semblent bien pouvoir être incriminés, — de par certaines observations, et de par certaines statistiques.

Nous ne connaissons par le mécanisme de ces faits (1).

Signalons aussi qu'il existe sans doute une pathologie propre au stade de la *morula* ; les faits qu'a vus CHABRY rentrent dans ce groupe : en lésant un des deux premiers ou un des quatre premiers blastomères, cet auteur a pu obtenir des moitiés ou des trois quarts d'individus.

PATHOLOGIE DE LA BLASTULA.

L'œuf fécondé ne commence vraiment à se développer que lorsqu'il s'est greffé dans la muqueuse utérine. Cette nidation se produit au stade de la morula ou tout au plus au stade de la blastula : l'œuf ne peut pas attendre plus longtemps, — il est au bout de ses réserves.

Si l'œuf, à ce moment, est influencé par une cause pathogène si l'état de la muqueuse n'est pas propice pour la nidation, on est en droit de supposer qu'il en résultera un dommage pour le nouvel être.

Il n'est pas absurde de rapprocher cet état de non-nidation des expériences dans lesquelles DARESTE a retardé la mise en incubation d'un œuf de poule. Jusqu'au moment de la mise en incubation, l'œuf de poule est dans un état de vie latente qui ne peut se prolonger au-delà d'une certaine époque.

Suivant que le temps perdu a été plus ou moins long et suivant que, pendant cette période, les circonstances ambiantes ont été plus ou moins défavorables, l'œuf meurt ou donne naissance à des produits plus ou moins anormaux. Il est possible que des faits analogues soient la cause de certaines anomalies observées chez l'homme. En particulier, les œufs clairs, sans embryon, qui sont expulsés au début de certaines gestations, relèvent peut-être d'un mécanisme (2) de nidation retardée.

Il n'est pas impossible que d'autres circonstances (3) physiques ou chimiques détériorent l'œuf humain à ce stade et conditionnent une moindre vitalité ou une autre anomalie.

On sait que, vers la même époque, le futur embryon s'enfonce dans la cavité de la blastula comme s'il était trop lourd ; sur tout son pourtour se trouve ainsi constitué un sillon, le sillon amniotique, que limitent les replis amniotiques. Les capuchons formés par ces replis, s'ils sont anormaux, peuvent comprimer l'embryon et gêner son développement ou peuvent lui adhérer et le déformer par traction.

Ce mécanisme intervient pour produire certaines déformations du fœtus.

Il faut d'ailleurs remarquer que la cause qui a produit la lésion amniotique a causé, presque toujours, en même temps une lésion embryonnaire. C'est le complexe résultant de ces deux mécanismes lésions embryonnaire et compresion amniotique qui crée vraisemblablement la malformation (1).

PATHOLOGIE EMBRYONNAIRE

La pathologie de l'embryon s'appelle la tératologie. L'activité des cellules pendant la période embryonnaire se traduit, principalement, par les processus de différenciation et d'organogénèse. On a pu dire, en exagérant ce caractère, que la physiologie du cœur embryonnaire est non pas de donner quelques battements, mais surtout de fabriquer du cœur. De ce fait, les organes embryonnaires ont une potentialité particulière, sur laquelle ont insisté MATHIAS DUVAL et MULON, c'est que, atteints par un traumatisme, ils présentent la faculté de repullulation cellulaire et de restauration qui caractérise les végétaux et les animaux inférieurs.

La période embryonnaire a une durée variable suivant les espèces. Avant DARESTE, bien peu d'expérimentateurs avaient pu produire des monstres en agissant sur l'œuf de poule. C'est qu'ils agissaient trop tardivement alors qu'était réalisé l'état fœtal. C'est seulement pendant les trois premiers jours que s'ébauchent les organes et c'est pendant cette période que DARESTE a pu « fabriquer des monstres ».

Dans l'espèce humaine, cette période dure six semaines environ. Il y a d'ailleurs, après cette époque, une période transitoire et MATHIAS DUVAL a fait remarquer que la période embryonnaire dure plus longtemps pour les membres que pour les viscères.

CE QUE RÉALISE LA PATHOLOGIE EMBRYONNAIRE.

Lorsqu'elle agit de façon intense, une cause susceptible de perturber le fonctionnement cellulaire détermine la mort de l'embryon ; à une moindre intensité, elle crée, ainsi que nous venons de le dire, des monstruosités

Ces monstruosités peuvent se classer en plusieurs groupes :

1° Un organe n'apparaît pas, comme par l'effet d'une mort partielle ;

2° Un organe ne se différencie pas ;

3° Un organe différencié ne s'accroît pas ;

4° Un organe différencié s'accroît démesurément ;

5° Un organe différencié et destiné à disparaître au cours du développement ne subit pas cette involution normale ;

6° Deux organes pairs, destinés à se souder, restent à l'état double ;

7° Deux organes pairs, non destinés à se souder, s'unissent sur la ligne médiane, comme deux bourgeons charnus qui s'unissent si on les rapproche trop ;

8° Une portion d'organe s'enclave dans un organe voisin.

CAUSES DES MALADIES EMBRYONNAIRES.

Les causes qui déterminent les maladies embryonnaires sont de deux ordres :

ou bien il s'agit d'une maladie germinale qui poursuit son évolution,

ou bien, il s'agit d'une cause actuelle, soit physique, soit chimique.

---

(1) FOL, en narcotisant des ovules, a pu réaliser expérimentalement l'entrée de plusieurs spermatozoïdes et obtenir un commencement d'évolution de l'œuf ainsi fécondé. Cette polyspermie est peut-être une des causes des gestations univitellines : d'aucuns l'admettent, d'autres le nient. En tout cas, ce mécanisme n'est pas le seul et il faut rappeler ici que MARCHAL a démontré la possibilité d'obtenir des individus par fragmentation d'un œuf en voie de segmentation.

(2) BALLANTYNE pense que, dans certains cas, le futur embryon meurt et que l'ectoplacenta, continuant à se développer, donne une môle.

(3) DARESTE a obtenu, en soumettant à la trépidation des œufs de poule avant de les mettre à incuber, des malformations qui rentrent dans la pathologie de la blastula.

(1) La théorie amniotique des malformations a été étudiée en détail par DARESTE. LABAUD fait à son sujet des réserves nombreuses. Ch. BLANCARD a étudié ce sujet dans sa thèse (Paris, 1902). Pour lui, le rôle de l'amnios comme facteur de malformations congénitales ne saurait être mis en doute. L'amnios intervient par compression, adhérences ou brides, mais seulement d'ailleurs dans un certain nombre de cas particuliers.

La compression ne semble pas pouvoir déterminer des arrêts de croissance ou de développement et, par conséquent, des anomalies à type défini. Les résultats de la compression seraient bien plutôt des déformations, des plissements irréguliers, des déplacements incohérents.

Les adhérences aboutissent à une destruction pathologique ; elles sont précédées d'un frottement, il s'ensuit une inflammation et la formation d'un tissu cicatriciel. Il peut se produire en outre des tractions dans divers sens, qui ajoutent la déformation à la destruction.

Les brides interviennent soit pour étrangler et sectionner les tissus, soit pour s'interposer entre des bourgeons. Elles peuvent écarter ces derniers, mais elles n'empêchent pas leur croissance, à moins qu'elles ne compriment un vaisseau.

© BIU Santé

L'action de la lumière et des diverses radiations, les variations osmotiques, une température trop élevée (1), sont autant de **causes physiques** qui, expérimentalemnt, ont permis d'obtenir des embryons monstrueux. Il est certain que, même agissant de façon passagère, elles peuvent, dans certaines limites d'intensité, avoir des effets analogues sur l'embryon humain.

Les **causes chimiques** peuvent consister en carence d'une substance organo-formatrice. On sait par exemple que Herbst, expérimentant chez l'oursin, a vu que Ca et K étaient indispensables à la croissance, S et Mg à l'organogénèse du tube digestif, Ca à l'édification du squelette. On conçoit que peut-être des modifications passagères des milieux humoraux puissent avoir des effets nuisibles sur la différenciation.

Mais la cause chimique la plus fréquente est réalisée par les actions toxiques. C'est ainsi que Stockard au moyen d'alcool et d'anesthésiques (chloroforme, chlorure de magnésium), a obtenu des alevins monstrueux de *Fundulus* et que Werber (2) a obtenu des résultats analogues en employant des substances qui, dans l'espèce humaine, résultent d'une viciation du métabolisme, tels l'urée, l'acide oxybutyrique, l'acétone.

Dans cet ordre d'idées, on peut se demander si une substance toxique, ingérée pour sa réputation de médicament abortif, ne pourrait pas avoir une action tératogène. Madame Nageotte (3) a publié des faits de cet ordre, qui méritent de retenir l'attention.

Dans un premier cas, il s'agissait de toute une série de malformations qu'on pouvait rattacher à un trouble de la vie intra-utérine survenu à la sixième semaine. Les parents n'avaient par ailleurs aucun état pathologique susceptible de créer cette tare. Mais on finit par savoir que vers cette date, la mère, désireuse d'éviter la gestation, avait essayé tous les moyens médicaux supposés susceptibles de déterminer l'avortement : pédiluves, drastiques, etc.

Dans une seconde observation, sur quatre enfants de parents très sains, le troisième avait des tares qu'on peut rattacher à l'ingestion de substances abortives.

Trois autres observations sont analogues, soit qu'il s'agisse de tentatives d'avortement, soit de traumatisme au cours d'une gestation ignorée (massage de l'abdomen, course à perdre haleine).

Enfin, il y a tout lieu de supposer que les toxines microbiennes puissent être la cause des malformations. Expérimentalement on a pu réaliser de tels faits. Il est intéressant de rappeler, à ce sujet, le résultat auquel est arrivé Féré, c'est que les toxines microbiennes qui sont les plus tératogènes pour le poulet sont les plus morbifiques pour l'adulte.

Comment les causes tératogènes agissent-elles ?

Nos connaissances sur le mode d'action des causes tératogènes reste assez imprécises, et Dareste, après avoir consacré sa vie à la « *Production artificielle des monstruosités* », écrivit en 1891 ceci :

« Je suis sûr en agissant d'une certaine façon de produire une monstruosité quelconque, mais je ne puis pas produire une monstruosité déterminée ».

Un certain nombre de données ont cependant été dégagées ultérieurement par divers chercheurs.

1° **La façon dont agit la cause tératogène a sûrement une importance**. — Louis Blanc ayant vu que la lumière blanche diminue la vitalité des cellules embryonnaires, dirige un faisceau lumineux sur un des côtés d'un embryon de poulet. Le côté atteint avait donc tendance à un moindre développement et le côté obscur se développait normalement.

Ce côté obscur, non équilibré par le côté sain, tirait à lui la masse totale en sorte que peu à peu, l'embryon changeait totalement d'orientation et se plaçait perpendiculairement à sa direction primitive, ce qui constitue une anomalie notoire pour cette espèce.

2° **L'époque à laquelle agit la cause tératogène n'est sans doute pas moins importante**. — Il est possible qu'il y ait des périodes où l'œuf soit plus ou moins influençable. On connaît de tels faits chez l'oursin dans les premiers stades du développement : l'œuf est surtout sensible quand il subit un changement de forme. Toute une série d'auteurs et, en particulier Lillie, puis Herlant ont étudiés ces variations de sensibilité aux toxiques divers, qui, plus généralement sont des variations de perméabilité à ces toxiques : une membrane cellulaire vieille devient très perméable. Dans l'ovule d'oursin, la perméabilité et donc la sensibilité augmentent avant la fécondation, avant la première segmentation, avant la deuxième, etc.

Des chercheurs récents ont également apporté une autre donnée chronologique fort importante. Werber a signalé que les formes tératologiques obtenues par lui portaient tantôt sur la tête et tantôt sur la queue. Or, Newmann a montré, depuis, que l'activité métabolique de la tête est plus grande que celle de la queue. Tête, yeux, cœurs sont habituellement lésés par les facteurs tératogènes parce qu'ils sont le siège du métabolisme le plus actif. Mais, aussi, ce pôle est celui qui s'adapte le mieux à résister à une cause pathogène et si cette cause agit lorsque le pôle supérieur est adapté, on pourra avoir des malformations du pôle caudal.

PATHOLOGIE FŒTALE

Ce que réalise la pathologie fœtale.

La pathologie fœtale peut déterminer :

1° des maladies semblables à celles de l'adulte (exemple : la variole) ;

2° des maladies ressemblant à celles de l'adulte, mais ayant des caractères spéciaux du fait de l'état jeune des tissus (exemple : la syphilis) ;

3° des maladies propres au fœtus (exemple : le rein polykystique) ;

4° de la chétivité.

Et, à ce dernier propos, je rappellerai les constatations de Charrin (1), sur des enfants nés de mères infectées ; ces enfants avaient un rayonnement calorique très inférieur à la normale, ils avaient de l'hypothermie (d'où irrésistance à la maladie), un métabolisme perturbé (abaissement du rapport azoturique) et une croissance ralentie.

Les maladies fœtales peuvent évoluer de diverses façons :

1° Elles peuvent continuer leur évolution après la naissance.

2° Elles peuvent déterminer la mort dès la naissance, par le fait des nouvelles conditions physiologiques ; ainsi un rein polykystique important, qui est compatible avec la vie anténatale, puisque la dépuration se fait par le placenta, devient une cause de mort après la naissance ;

3° D'autres maladies fœtales peuvent guérir avant la naissance ; par exemple, mon maître, M. Mauclaire, a publié à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie* (séance du 14 mars 1904), l'observation d'un bec-de-lièvre guéri pendant vie intra-utérine.

Causes des maladies fœtales.

Les causes qui déterminent les maladies fœtales sont de trois ordres :

1° persistance d'action d'une maladie embryonnaire ;

2° causes mécaniques (compression, coup) ou physique (radium ;

(1) Dareste (p. 108). — L'abaissement de la température a permis à Kellicott de réaliser expérimentalement les divers types tératologiques connus chez le *Fundulus*.

(2) Le métabolisme anormal des parents est-il responsable des anomalies de développement de leurs descendants. *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, 1915, p. 226.

(3) *Presse médicale*, 20 décembre 1917, p. 721.

(1) *C. R. Re. des Sc.*, juillet 1897.

© BIU Santé

3° et surtout, causes chimiques ou microbiennes agissant par voie transplacentaire (1).

Les lois qui président aux échanges placentaires doivent donc retenir notre attention. Je rappellerai tout particulièrement que :

1° les sels, les sucres et les acides aminés franchissent le placenta par diffusion et que, de ce fait, la nutrition fœtale est sans cesse influencée par la nutrition maternelle ;

2° que le placenta arrête les molécules complexes et, peut être, en fragmente certaines (hémoglobine ?) ;

3° que la placenta arrête jusqu'à un certain point les microbes et que, peut-être, il en détruit quelques-uns par l'effet de ferments oxydants supposés ;

4° que le glycogène placentaire a jusqu'à un certain point la capacité de se conjuguer avec certaines toxines et d'en empêcher ainsi le passage momentanément.

Une **alimentation non satisfaisante peut devenir un facteur morbide pour le fœtus.** — Une ration insuffisante produit des faits de cet ordre. C'est ainsi que, pendant l'occupation de Lille par les Allemands, la ration alimentaire a été très déficitaire en albumine par rapport à ce qu'est la ration moyenne de la femme enceinte. Breton, Poncet, Ducamp et Vanverts (*Le Nourrisson*, sept. 1919) croient pouvoir attribuer à ce facteur l'augmentation du nombre des décès par débilité congénitale, augmentation qui a été en progressant de 1914 (16, 38 sur 100 décès de 0 à 1 an) à 1918 (32,63) alors qu'en 1907, il y avait seulement 11,46.

La qualité de l'alimentation n'est pas moins importante que la quantité. On sait que certaines protéines aident à la croissance du fœtus et qu'un régime carencé imposé à une femelle enceinte peut amener une chétivité marquée des petits. Inversement, par un régime trop riche en Az et en Ca, on obtient des enfants qui ont un volume anormalement grand ; ce dernier fait est fréquent avec la mode de suralimenter et de calcifier systématiquement les femmes en état de gestation.

Korenchewsky et Carr, par l'emploi d'un régime pauvre en facteurs A, et en chaux pendant la gestation, obtiennent des petits dont la nutrition se fait mal et qui ont des modifications rachitiques du squelette .

Au contraire, si le régime de gestation est riche en facteur A et en calcium, la fréquence et l'intensité de ces deux tares diminuent, même si le régime de nouveau-né et celui de sa nourrice sont pauvres de ces deux éléments.

Toutes autres conditions capables de modifier le milieu humoral de la mère peuvent agir sur le fœtus. On sait, en particulier que les *affections des glandes endocrines maternelles* peuvent retentir fâcheusement sur l'embryon. J'en ai donné divers exemples dans ma « *Physiologie obstétricale* ». E. Coulaud, récemment, en a publié un intéressant exemple l'ordre expérimental.

Coulaud, injectant des bacilles tuberculeux, a vu que les lapins, nés de parents hypothyroïdiens, se montrent plus résistants à l'infection que les témoins : la survie des témoins a été de 143 jours ; celle des animaux de souche hypothyroïdienne a été de 261, sans préjudice de deux cas de survie (2).

Les **microbes**, nous l'avons vu, peuvent être arrêtés par le placenta, mais dans d'autres cas, ils peuvent le franchir sans que nous sachions bien le pourquoi, de ces différences entre races microbiennes comme entre individus d'une même race. La conséquence de ce passage sera une septicémie fœtale et un certain nombre de localisations, telles que endocardite, méningite, etc. (1).

Les méfaits de la syphilis sont particulièrement connus sur ce point. On sait que le fœtus d'une mère syphilitique est presque toujours infecté *in utero*, et qu'il en résulte, suivant les cas : une mort *in utero*, une mort précoce, des accidents syphilitiques pendant l'enfance et l'adolescence, et enfin, assez habituellement, une certaine chétivité. Cette chétivité est souvent due à des altérations des glandes endocrines. Dans d'autres cas, il existe des lésions discrètes mais tenaces, localisées au rein ; d'autres fois, des lésions méningées qui sommeillent jusqu'à la puberté ; d'autres fois encore, des troubles humoraux mal définis qui seraient le point de départ de lésions cutanées rebelles.

Les **toxines microbiennes** ont également un rôle important dans la pathologie fœtale. Nous en emprunterons un exemple à l'étude de la tuberculose.

Nous avons indiqué dans une des leçons précédentes que la tuberculose n'est jamais héréditaire et que la tuberculose congénitale est rarissime et négligeable, à la différence de la syphilis. L'enfant d'une tuberculeuse naît non tuberculeux et court un gros risque de contagion précoce dans le milieu génital.

Cet enfant non tuberculeux est-il absolument normal ?

Oui, sans nul doute et sans nulle réserve, affirment certains médecins. Pourtant les cas d'accouchement prématuré, de mortinatalité, de mort précoce et sans cause, de chétivité accentuée sont nombreux dans ce cas. Landouzy l'a dit avec éloquence, M. Barbier enseigne, je crois, que la plupart des athrepsiques sont des enfants de tuberculeuses, d'autres médecins ont signalé l'hypoplasie des viscères chez ces enfants (petit foie, petit cœur, petits vaisseaux, petits reins).

Mon maître, M. Couvelaire, a créé dans son service, des chambres d'isolement spéciales pour les mères tuberculeuses. Il sépare les enfants de leur mère dès la naissance, les garde quelques semaines dans son service, puis les envoie dans des centres de placement rural où ces enfants sont élevés loin de leurs parents et bien soignés. Il a recueilli une statistique de 87 cas de tuberculeuses pulmonaires. Sur ces cas, il en laisse de côté 24 chez lesquelles, la recherche du bacille de Koch dans les crachats a été négative bien qu'elles soient des tuberculeuses avérées. Or, sur les 63 autres cas, où la recherche de Koch a été positive, il y eut parmi les enfants 38 % de morts pendant le premier mois. Quoi qu'on fasse, le poids de l'enfant va sans cesse en décroissant, et l'enfant s'éteint.

A l'autopsie, on ne note aucune lésion macroscopique.

Une fois passé le premier mois, ces enfants se développent d'une façon parfaite (2)

Comment les causes pathogènes agissent-elles ?

1° Nous ne parlerons pas des cas où la *maladie est transmise telle quelle*, par passage d'un microbe et pullulation banale, par passage d'une toxine et imprégnation du fœtus, reproduisant chez le fœtus un tableau pathologique comparable à celui qu'on observe chez la mère ;

2° On comprend aisément que la *dénutrition qui accompagne certaines maladies retentisse sur le développement* du fœtus et réalise une débilité générale ;

3° Certaines maladies touchent peu l'organisme du fœtus, mais *elles se localisent dans certains des organes, les lèsent et cette lésion va secondairement troubler le développement.*

Le foie est souvent lésé à cause de sa situation sur la veine ombilicale.

Le corps thyroïde est parfois atteint et il en résulte des troubles de la croissance. De même, une lésion hypophysaire peut-être la cause de certaines acromégalies et on a signalé la fré-

(1) Signalons en passant qu'une lésion placentaire détruisant un ou plusieurs cotylédons est une cause de mauvais développement ou de mort. De même, les anomalies de la nidation, telles que les endométrites et les nidations ectopiques, peuvent s'accompagner de troubles plus ou moins graves du développement. Baronnet, dans une thèse de Bordeaux, inspirée par le professeur Béjouin (1921-1922) a vu que, sur 303 enfants retirés vivants d'une gestation ectopique,

171, soit 56 %, sont morts peu après l'extraction ;
132, soit 44 %, ont survécu.
Sur les 132 survivants, 67 sont morts la première année ;
23 sont morts de deux à cinq ans ;
42 ont dépassé cinq ans.

Le tiers de ces enfants portaient des malformations.

(2) *Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose*, séance du 9 juin 1923.

(1) Küss. — Hérédité parasitaire de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1898.

(2) Je laisse de côté la question controversée de savoir si, en plus de leur chétivité, ces enfants sont prédisposés spécifiquement à la tuberculose ou immunisés. Il est possible que ces deux états existent suivant des conditions que nous ignorons.

© BIU Santé

quence des lésions de la selle turcique dans les cas de polydactylie (1).

Une hypertrophie congénitale du cortex surrénalien est souvent le point de départ de certaines malformations génitales de la classe des hermaphrodismes. De même, on a pensé qu'une excitation anormale de la surrénale pouvait créer avant la naissance un spasme du pylore et, secondairement à ce spasme, une hypertrophie permanente, dont les effets se révéleront seulement beaucoup plus tard (2).

4° Nous concevons mal l'existence d'une débilité manifeste de certains organes, mais le fait semble réel. Par exemple, APERT s'exprime ainsi : « Les entérites chroniques de la mère m'ont toujours paru avoir de déplorables conséquences sur le fonctionnement ultérieur du tube digestif. »

CHARRIN a signalé la fréquence de l'albuminurie et des lésions rénales chez les enfants des femmes atteintes de néphrite.

MÉNÉTRIER et TOURAINE ont signalé en 1907 un cas intéressant de pneumonie congénitale. Il s'agissait d'une femme qui, au lendemain de la défervescence d'une pneumonie grave, expulsa un fœtus mort-né de six mois et demi. Dans la suite, elle présenta de nombreux accidents pneumococciques (pleurésie double, arthrite des deux genoux, etc.). Dans le lobe moyen du poumon droit du fœtus, il y avait une pneumonie lobaire franche ressemblant à une pneumonie d'adulte.

Le pneumocoque a été retrouvé dans le sang, le poumon, le foie du fœtus. Les auteurs se demandent si, pour expliquer cette localisation au poumon, il n'y aurait pas action d'une substance qui, élaborée au cours de la pneumonie dans l'organisme de la mère, irait chez le fœtus déterminer dans l'organe similaire des troubles cellulaires ou des modifications circulatoires créant un lieu d'appel pour la fixation des germes.

Certaines expériences avaient jadis permis à CHARRIN (3), de bâtir une hypothèse pour expliquer ces faits, c'est l'hypothè de cytolysines mises en liberté par les cellules lésées. La spécificité des cytolysines, telles que les concevait Charrin, a été fortement contestée depuis.

GUYER, SMITH (4) plus récemment, ont employé une autre méthode : sensibilisation d'une poule par des injections de cristallin de lapins, puis injection à la lapine pleine du sérum anticristallin ; dans ces conditions, ils ont obtenu des cataractes congénitales, qu'ils n'ont pu obtenir avec d'autres sérums anti-organes. Fait curieux, et auquel nous avons déjà fait allusion en étudiant l'hérédité, cette tendance à la cataracte congénitale se transmet ensuite héréditairement.

(1) DARBOIS. — Communication à la *Soc. de Radiologie médicale*, séance du 9 mai 1911.

(2) PIRIE. — L'hyperépinéphrie, son influence sur la production de l'hypertrophie pylorique congénitale. *Lancet*, 1919, tome CXCVII, p. 513.

(3) Voir la thèse de son élève G. DELAMARE. — Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide. Rôle des cytolysines maternelles dans la transmission du caractère acquis. *Thèse de Paris*, 1903.

(4) Transmission d'une lésion oculaire produite chez le lapin par un sérum de poule anti-lapin *Proc. Nation. Ac. of Sc.*, mars 1920.

Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale annuelle de l'A. E. a eu lieu le samedi 8 mars à 21 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Le docteur Belot, président d'honneur de l'Association a ouvert la séance par une allocution au cours de laquelle il a fait garder une minute de silence en souvenir des membres de l'Association morts dans l'année : Lionel Girard, Mlle Maas, Villotard, de Prunières. Après le rapport financier du trésorier, le président a constaté dans le rapport moral la parfaite marche de l'association au cours de l'année. Puis l'assemblée a renouvelé son bureau pour 1924. Ont été élus : ancien externe secrétaire : Dr F. Lepennetier.

Externes en exercice : Président : P. Cosca. Vice-président : Bocquentin. Secrétaire général adjoint : Mlle Brosse. Secrétaire : Leproust. Trésorier : G. Bazougo.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Salon des Médecins

(9-16 MARS 1924.)

Quelques médecins, qu'Apollon a doués du goût de manier eux-mêmes le pinceau, le ciseau ou le burin se sont groupés naguère pour exposer leurs œuvres de temps à autre. Pour la première fois depuis la grande guerre, le Salon des Médecins interrompu, comme toutes choses, par le cataclysme mondial, vient de rouvrir ses portes, et honneur insigne, il a bénéficié d'une inauguration officielle. M. Strauss, le sympathique ministre de l'hygiène, est venu le 9 mars parcourir les salons de l'exposition. Mieux encore, il a, comme dans le salon des vrais artistes, acheté pour l'Etat, cinq des œuvres exposées : une aquarelle de M. Léon Grimbert, le distingué professeur à l'Ecole de Pharmacie, représentant le musée de la Pharmacie centrale des Hôpitaux, œuvre pleine d'exactitude, de correction, de bonne lumière et de fin dessin ; une aquarelle de Madame Paul Brouardel représentant, dans de jolis coloris, une place du Carrousel ; une peinture de M. Mercier Mary, le Cap d'Ail, lumineuse étude d'un coin de la côte méditerranéenne ; une peinture de M. Fay, autre lumineuse expression de notre France ensoleillée dans les Landes ; et les jolies porcelaines peintes de Mademoiselle Baillière.

Le choix très heureux du ministre donne une gloire qui retentit sur tous les exposants du Salon, et par delà ce Salon, sur ceux de nos confrères, nous en connaissons, qui peignent ou sculptent sans le montrer.

L'impression qui se dégage de cette exposition est, sans vouloir nous flatter, très saine et toute à l'honneur des médecins. Il n'y a qu'un seul impressionniste, mais pas le moindre cubiste. Au contraire, dans toutes les œuvres, même les plus naïves au point de vue de la facture, on retrouve de grandes qualités d'observation, de justesse, de proportion. Comme le médecin observe le malade, il sait observer la nature, et transcrire honnêtement ce qu'il a vu. Cette qualité ne l'empêche pas d'avoir le sens du beau, qui seul fait l'artiste. L'immense majorité des sujets s'applique à de belles choses. Il est même curieux de remarquer combien le médecin aime la nature, les champs, les arbres. Ce sont surtout les paysages, et des plus jolis, qui ont inspiré les disciples d'Esculape. Par contre, on ne trouverait pas au Salon de médecins une œuvre ayant trait à la médecine, à la souffrance, à la maladie. Le nu est presque dédaigné.

L'art préféré des médecins artistes est la peinture ; les sculpteurs sont en minorité. Faut-il voir dans ce choix la plus grande simplicité du matériel du peintre et plus encore de l'aquarelliste pendant les vacances, seul moment où le médecin peut trouver le loisir de sa distraction favorite ? Tous les arts sont cependant représentés, même celui difficile du graveur, par De Hérain, Choquet, Broutelle, dont les gravures sur bois sont remarquables, et l'art non moins ardu du médailliste, dans lequel le Pr G. Hayem, lui-même, à l'âge de 80 ans, rivalise sur le pied d'égalité, avec les artistes de profes-

© BIU Santé

sion qui ont signé les médailles de la collection du Pr A. Gilbert.

Deux des membres du Comité du *Progrès Médical* comptent parmi les exposants : le Dr Lortat-Jacob et le Dr André Philibert. Le Dr Lortat-Jacob a donné deux études à l'huile dont le dessin, d'une correction parfaite, est complété par l'heureuse observation des tonalités : l'œil et la pensée sont doucement caressés par les tableaux si harmonieux de notre sympathique collaborateur. Le Dr Philibert est sculpteur. Il expose des cires, représentant un enfant nu, dont le mouvement est bien observé, et un chien Bull-Terrier, qui témoigne d'une grande vérité d'attitude et de structure anatomique. Plus remarqués encore ont été ses « chats » en grès décorant un service à thé, qui par leurs attitudes diverses, montrent combien l'auteur connaît la grâce et la souplesse de ces petits félins.

Il nous faudrait citer tous les exposants : le Pr F. Bezançon, qui donne deux beaux coloris de la campagne Bourguignonne ; le Pr Marcel Labbé qui nous entraîne dans les Vosges, pendant la guerre, avec son pinceau d'aquarelliste rigoureux ; le Pr Marchoux, avec ses paysages à l'huile pleins de lumière. Citons encore, au hasard de la promenade, ceux qui, d'artistes amateurs, sont devenus presque professionnels : de Herain, sculpteur, peintre, dessinateur, graveur : le buste de sa femme, de son fils, sont d'une exécution parfaite ; Villandre, dont on admire les bustes si vivants de confrères connus : Sabouraud, qui donne les bustes d'une ressemblance frappante de Broca, et de Darier, et qui, rare parmi les exposants, montre une œuvre de symbole, « Debout les Morts ! », un groupe en bronze ; Raymond Grégoire, sculpteur encore, expose un très beau buste de sa mère ; Hallé, peintre averti, glane dans toute la France des paysages rendus avec beaucoup de talent. Citons encore, les riches coloris de H. Caboche, les imprécisions voulues de Madame Carbonnel-Babaian, élève de Carrière, les délicieux dessins de Darbois, un talent qui s'ignore ; les magnifiques vues de Bretagne, de Wilborts, pleines de lumière, de mouvement, de vie, d'exactitude ; les toiles de Janet, l'un des rares qui ait pris ses sujets à l'hôpital ; les aquarelles de Lemière, qui se signalent par de hardies oppositions de couleur ; une mention particulière doit être faite des aquarelles de Rendu, de qui les « Bords de la Seine » est un petit chef-d'œuvre, et de Maurice, dont la finesse d'exécution fait penser à la miniature, représentée d'ailleurs au salon des médecins par le joli talent de Madame Vitry-Routchine... Il faudrait les citer tous, car tous ont su choisir des sujets agréables, et les rendre avec sincérité.

Deux tempéraments particuliers tranchent dans cette période d'œuvres classiques : le Dr Bardon, qui rappelle dans sa manière les Primitifs du XIVe siècle, et le Dr Kolb, un impressionniste, qui fait à la gouache des paysages de très belle tenue.

Le Dr D. Routier, peintre aussi, excelle encore avec son ami René A. Gutmann, dans la reliure d'art : ses « charnières », ses « cuirs mosaïqués », ses « fers » originaux, seraient dignes de figurer en bonne place au Pavillon de Marsan.

En sortant de cette exposition, on a la conviction que beaucoup de nos confrères qui ont exposé auraient pu, s'ils s'étaient orientés exclusivement vers les arts plastique ou pictural, arriver par là à une célébrité que nombre d'entre eux, d'ailleurs, ont acquise en médecine.

P. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1924

Réactions sériques chez les enfants. — ***M. Guinon*** signale avoir observé plusieurs cas de poussée d'orchi-épididymite chez l'enfant après sérothérapie.

Insuffisance aortique purement fonctionnelle, au cours d'une endocardite végétante de la mitrale et de l'oreillette gauche. — ***MM. P. Ribierre et R. Prieur*** présentent le cœur d'un homme de 33 ans, ancien rhumatisant, qui a succombé à une endocardite maligne, emboligène, a évolution lente, après avoir présenté uniquement, durant une première phase, des signes d'insuffisance aortique. Or, l'autopsie a révélé une volumineuse endocardite végétante de la grande valve de la mitrale et de la paroi de l'oreillette gauche et a permis de constater l'intégrité absolue de l'orifice aortique et de la portion initiale de l'aorte à peine dilatée. Cependant les signes d'insuffisance aortique, auxquels n'avaient succédé que secondairement les signes d'insuffisance mitrale, se sont maintenus jusqu'à la fin. Ce cas réalise un type remarquable de ces insuffisances aortiques fonctionnelles, récemment étudiées par MM. Laubry et Doumer et dont la pathogénie est éclairée par les travaux de M. Géraudel. L'atteinte, secondaire au processus endocarditique, des fibres myocardiques du canal aortique et leur hypotonicité apparaissent ici primordiales au point de vue pathogénique, et des cas de cette nature fournissent des éléments particulièrement suggestifs pour la révision de la pathologie orificielle du cœur et de sa séméiologie

Diabète insipide lié à une neuro-syphilis. — ***MM. L. Babonneix, J. Hutinel et Azerad*** présentent une malade chez laquelle on constate des symptômes d'ordre très divers : 1° cancer du sein, déjà opéré, avec récidive locale, et, sans doute, propagation au poumon ;

2° Neuro-syphilis, avec inégalité pupillaire, signe d'Argyll, grosse lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ;

3° Diabète insipide.

Il est bien difficile, pour de multiples raisons, d'admettre que ce diabète soit dû à une métastase cancéreuse intra-crânienne. L'existence chez la malade d'une neuro-syphilis en pleine activité, donne à penser au contraire qu'il est conditionné, comme dans le cas de M. Lhermitte, par des lésions spécifiques de la région du tuber.

Un cas d'amaurose par intoxication oxy-carbonée. Hémorragies juxta papillaires. — ***MM. Lévy-Valensi, Louis Claude, A. Rochard*** présentent un malade atteint de névrite optique bilatérale, dont l'origine oxycarbonée ne semble faire aucun doute. Dans l'histoire du malade aucune autre cause ne peut être invoquée ; et d'autre part la nature des lésions, la présence de reliquats hémorragiques juxta-papillaires font penser qu'il s'agit là d'hémorragies péri ou intratronculaires avec névrite secondaire, ce qui est en concordance parfaite avec les résultats expérimentaux de MM. Claude et Lhermitte.

Souffle diastolique piaulant entendu à distance chez un aortique. ***MM. A. Clerc et J. Surmont*** présentent un homme de 46 ans

© BIU Santé

qui ressentit brusquement sans traumatisme ou accident pathologique quelconque un frémissement précordial accompagné d'un bruit perçu par lui-même et dont l'intensité le gênait même pendant le sommeil. On ne nota aucun trouble fonctionnel pour commencer, mais dans la suite apparurent d'une manière progressive des signes de dilatation du ventricule gauche puis du ventricule droit. Actuellement la palpation révèle au foyer aortique un frémissement diastolique correspondant à un souffle également diastolique extrêmement intense, véritable bruit de guimbarde ; à la périphérie se retrouvent les signes classiques de l'insuffisance aortique. Parmi les antécédents, on ne relève aucune crise rhumatismale, mais il existe au niveau de la verge une cicatrice d'un chancre apparu à l'âge de 20 ans et traité seulement par la cautérisation. Les auteurs admettent la possibilité d'une rupture au niveau d'une valvule sigmoïdienne déjà pathologique et dont le lambeau flottant ferait anche. Il est à remarquer que si le traumatisme ou bien une végétation endocarditique joue souvent un rôle causal, en pareil cas, il existe des observations où pareil bruit musical est apparu sans trouble appréciable et n'a été décelé par le sujet que par l'impression auditive gênante qu'il lui causait.

M. Ribierre rappelle les travaux de Bar et Hanns sur la pathogénie des souffles piaulants et insiste sur le rôle de la tachycardie et l'égalite de pression au-dessus et au-dessous de la valvule qui vibre. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un lambeau flottant.

M Laubry rappelle que ces souffles piaulants sont toujours diastoliques.

M. Vaquez insiste sur le rôle de la syphilis dans la pathologie de ces souffles.

Le diagnostic radiologique des cavernes pulmonaires. La question des ombres annulaires. — *MM. de Jong et Pestel* présentent l'observation d'une malade qu'ils ont pu radiographier plusieurs fois pendant un an et demi à Ivry et dont ils ont pu avoir les pièces d'autopsie. Cette malade présentait à son entrée une ombre annulaire radiologique semblant correspondre à une caverne qui aurait échappé à l'auscultation car on ne trouvait chez elle que des signes de cortico-pleurite. L'image annulaire radiologique augmenta progressivement bien que la malade sembla d'abord légèrement s'améliorer.

Pendant le mois qui précéda la mort, apparurent les signes cavitaires cliniques. L'autopsie montra une énorme caverne, mais l'ombre annulaire correspondait en réalité à la scissure interlobaire épaissie, car ce sujet présentait des lésions pleurales extrêmement importantes. Les auteurs croient donc pouvoir admettre, après discussion de leur observation, que les auteurs américains n'ont pas tout à fait tort quand ils considèrent que certaines ombres annulaires constatées à l'écran correspondent non pas à des cavernes muettes à l'auscultation, mais à des altérations pleurales.

M. Béclère considèrent qu'il faut être très prudent et que l'ombre annulaire est une image de caverne dans l'immense majorité des cas. D'ailleurs M. Béclère prétend que M. de Jong n'apporte pas la preuve du contraire.

Contribution à l'étude des dilatations bronchiques de l'enfant par les injections intratrachéales de lipiodol. — *M. Armand-Delille*, comme suite à sa précédente communication, présente de très belles radiographies faites par le Dr Darbois de deux cas de dilatation bronchique après injection de lipiodol.

Les clichés, pour chaque enfant successivement dans la position horizontale puis dans la position verticale permettent de voir dans la position horizontale, des ombres circulaires, dans la position verticale des ombres en croissant à concavité supérieure, qui montrent que le liquide se dépose dans la partie déclive de chaque cupule. On peut ainsi, surtout avec des photographies stéréoscopiques topographier exactement le siège et l'étendue de chaque dilatation.

Les petites ostéites syphilitiques du crâne décelables par la radiographie. — *MM. André Léri et Cottenot* montrent les radiographies de quatre malades qui ont été atteints soit de manifestations convulsives, soit de troubles parétiques ou paresthésiques à forme de monoplégie simple ou associée. Dans ces différents cas, le diagnostic clinique était celui de simples troubles névropathiques, soit celui de lésion corticale, mais sans qu'on puisse en préciser ni la nature, ni le siège en profondeur dans le crâne, la méninge ou le cerveau.

La radiographie a révélé des foyers minimes d'*ostéite gommeuse*, portant principalement sur la table interne, et susceptibles de comprimer ou d'irriter la corticalité sous-jacente. D'après leur siège, ces foyers d'ostéite étaient certainement la cause des troubles observés.

Le traitement spécifique amena rapidement une amélioration ou une guérison des symptômes et une disparition plus ou moins complète des lésions osseuses.

Il s'agissait dans deux cas d'une syphilis héréditaire méconnue, dans un cas d'une syphilis acquise, dans le quatrième d'une syphilis à point de départ inconnu.

Il est important de savoir qu'une radiographie bien faite et bien interprétée peut révéler ces petites ostéites spécifiques, car celles-ci ne paraissent pas très rares, et elles apparaîtront sans doute fréquentes quand on aura pris l'habitude de les rechercher et de les déceler systématiquement. La mise en évidence de ces petits foyers osseux modifie le pronostic de troubles qui pourraient conduire à une trépanation pour le moins inutile, comme le fait a failli se produire chez un des malades présentés.

Contribution à l'étude des hépato-rénaux. — *M. Gaston Parturier.* — L'influence réciproque des reins et du foie est un phénomène bien connu. M. Gaucher, le professeur Chauffard, MM. Mourriquand et Brodier ont montré l'action des lésions hépatiques sur les reins et inversement. Lœderich dans sa thèse a étudié le retentissement hépatique des altérations des reins.

L'auteur a recherché la fréquence relative des altérations rénales au cours des états pathologiques du foie.

Sur 350 malades du foie (spécialement de la vésicule biliair) P. a trouvé 55 fois c'est-à-dire 15 % une albuminurie légère ou des cylindres granuleux, et 28 fois c'est-à-dire 8 % simplement des cylindres hyalins ou des cellules rénales.

A la suite du traitement classique, les éléments figurésdisparurent, l'albuminurie diminua constamment sans toujours disparaître.

Nous croyons donc que dans une proportion de 15 % les hépatiques et en particulier les états douloureux de la vésicule bilaire s'accompagnent de lésions minimes des reins.

Aiusi se trouve soulignée l'utilité de ne pas perdre de vue les reins dans la thérapeutique hépato-vésiculaire.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1924.

Volumineuse hernie ombilicale du nouveau né. — *M. Ombrédanne* fait un rapport sur une observation de M. François relative à un cas de volumineuse hernie ombilicale du nouveau-né (exomphale congénitale) pédiculée en forme de col de vase, qu'il a opérée dès la naissance. Il a réussi à la réduire, à suturer la paroi en un plan au fil métallique et le petit malade a guéri. On voit que ces hernies présentent deux types. L'un dans lequel il n'y a pas de sac péritonéal : c'est la hernie embryonnaire — l'autre dans lequel le péritoine existe et forme un sac : c'est la hernie fœtale. Dans ce cas particulier il n'y avait pas de sac à la partie supérieure mais en bas il y avait une cavité péritonéale. Ce serait donc un cas rare de hernie mixte. La hernie ne contenait pas le foie. Les hernies purement embryonnaires ne donnent pas de guérison : du moins il n'en a pas été publié un seul cas.

L'enfant a été opéré à la 48e heure et on a dû pratiquer une

© BIU Santé

résection de 28 cm. d'intestin. Malgré tout, l'enfant a guéri ce qui met une fois de plus en évidence la résistance du nouveau-né aux traumatismes opératoires pendant les quatre premiers jours de la vie.

La suture en un plan au fil métallique avec ceinture de Leucoplaste est aussi à recommander.

Etranglement interne. — ***M. Cadenat*** rapporte une observation de M. Lejeune (Brest) et Guillou (Marine) concernant un cas d'étranglement interne dans un orifice mésentérique. Le malade présentait en outre une inversion totale des viscères (cæcum à gauche — anse iliaque à droite).

Hernie diaphragmatique. — ***M. Duval*** rapporte une observation de hernie diaphragmatique opérée par voie thoracique et abdominale combinée. La hernie siégeait à droite ce qui est exceptionnel — et c'était une hernie avec sac ce qui est plus rare encore. Ce sac adhérait au péricarde. M. C. tailla un volet thoracique, mais la présence d'adhérences entre la plèvre et le diaphragme le gêna et pour se donner plus de jour il dut sectionner le rebord thoracique inférieur. Au moment de réduire le contenu de la hernie il dut faire une incision sur la cavité péritonéale. Ce cas montre donc qu'il vaut mieux recourir d'emblée à l'incision thoraco-abdominale conseillée par A. Schwartz — incision qui permet une bonne exploration, la réduction et la fermeture de la brèche. Il semble enfin mauvais de drainer.

A propos du traitement de la tuberculose par les extraits bacillaires. — ***M. L. Bazy*** communique les résultats des essais tentés par lui dans 20 cas de tuberculose localisée, avec l'extrait bacillaire de M. Jousset. Sur ces 20 cas, 14 seulement ont pu être traités suffisamment et observés un temps assez long. Ces 14 cas comprennent 9 adénites, 1 orchiépididymite, 2 hydrops tuberculosus, 2 ostéites. Le vaccin a été donné à dose croissante d'un 1/4 à 2 cmc injectés tous les 3 ou 4 jours sans dépasser un total de 4 injections. La réaction locale est d'intensité variable : une tache ou une zone rouge et douloureuse autour de la piqûre, durant de 48 h. à 8 jours. Pas d'abcès.

La réaction générale est souvent brutale : température le soir ou au bout de 24 heures — et dure 1 à 2 jours. Elle n'est pas proportionnelle à la quantité de vaccin injecté.

Les résultats n'ont pas été satisfaisants. Après des guérisons apparentes on a vu survenir des rechutes. Un des malades a fait après une guérison apparente une tumeur blanche qui a évolué très vite et il a succombé.

Il ne s'agit pas d'une vaccination et il vaudrait mieux dire traitement par extraits bacillaires. Ce traitement ne confère aucune immunité contre la tuberculose. Il ne fait qu'accélérer l'élimination des tissus morts et dans certains cas, lorsqu'il y a des lésions pulmonaires insoupçonnées par exemple, le résultat peut être mauvais.

Aussi ne faut-il pas faire plus de quatre injections. Si le résultat à ce moment est nul, il est inutile de continuer, on n'obtiendra pas d'effet meilleur.

L'étude des suites tardives est surtout importante. La durée pendant laquelle la toxinothérapie semble accroître la résistance semble être courte. Et c'est pourquoi les récidives sont fréquentes.

Occlusions intestinales post-appendiculaires. — ***M. Mathieu*** a eu depuis peu l'occasion d'observer quatre cas d'occlusion intestinale dues à des inflammations appendiculaires. Le premier était un homme qui depuis 1920 avait des crises de douleurs abdominales qui furent finalement considérées comme d'origine appendiculaire. Cependant la douleur paraissait plus centrale que latérale. L'intervention montra que l'appendice était nettement malade et adhérent. Malgré l'ablation de cet organe les douleurs reparurent et bientôt, à l'occasion d'une crise, une anse se dessina sous la paroi. On trouva ce te fois une bride qui comprimait l'intestin et dont la section amena la guérison définitive.

Le 2e cas concerne un enfant qui avait été opéré 6 mois avant d'une appendicite suppurée — qui souffrait de douleurs abdominales attribuées d'abord à une péritonite tuberculeuse. Ici encore des anses se dessinaient sous la paroi.

L'intervention montra qu'une bride s'était formée entre deux anses et une 3e anse placée sous cette bride était comprimée et enserrée par elle.

Le 3e cas concerne un jeune homme envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Le ventre étant souple il n'est pas opéré tout de suite. Mais le lendemain on trouve que plusieurs anses sont agglomérées en paquet dans le petit bassin. On les décolle avec peine, et au centre on trouve un appendice très altéré. Il eut ensuite un abcès profond qu'il fallut drainer — d'où éventration pour laquelle M. M. l'opéra de nouveau ce qui lui permit de constater que tout était remis en ordre.

Le 4e enfin concerne un malade opéré en octobre 1923 d'urgence pour appendicite pelvienne suppurée. Moins d'un mois après et avant que la plaie ne fût refermée, il fait une crise d'occlusion. Ici encore on trouve un agglomérat d'anses dans le petit bassin. La libération fut très difficile. Et peu après une nouvelle crise survint. Mais elle fut peu durable et s'amenda spontanément alors que M. M. allait se décider à faire une entérostomie.

Ces occlusions post-appendiculaires sont déjà connues et il en a été décrit des variétés diverses. Les plus intéressantes semblent être celles qui résultent de l'agglomération des anses, car il y a là des difficultés opératoires très grandes. Il semble que dans ces cas il vaille mieux recourir d'emblée à la laparotomie médiane et parfois à l'entérostomie. La mortalité d'après Lenormant serait assez grande (40 %).

M. Dujarrier a eu l'occasion d'observer deux cas d'occlusion post-appendiculaire.

M. Lardennois estime que cette complication est plus fréquente qu'on ne l'a dit. Il a eu personnellement l'occasion d'en observer deux cas. Ce sont surtout les appendicites graves, opérées à chaud, qui lui donnent naissance. Dans le cas d'adhérences de l'appendice il est prudent d'explorer les dernières anses grêles pour vérifier leur état et voir s'il n'y a pas eu formation de brides ou d'adhérences.

M. Savariaud a observé également quelques cas d'occlusion de ce genre.

M. Alglave pense au contraire que c'est une complication rare, ne l'ayant observée qu'une fois. Il n'est pas partisan de la laparotomie médiane d'emblée dans ces cas.

Présentation de malades. — ***M. Lenormant*** présente une malade qui, au cours d'une opération pour fibrome faite sous rachianesthésie, a eu une syncope brusque du cœur et de la respiration. Au bout de 5 minutes d'efforts vains, il a fait une injection intracardiaque d'adrénaline (1 cc. de la solution au millième) avec un plein succès. La malade est revenue à elle et il a pu terminer son opération sans autre incident.

Ch. LE BRAZ.

Ecrit en Chine, par GILBERT DE VOISINS. 2 vol. in-8° : 12 francs. Les éditions G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris.

M. Gilbert de Voisins donne simplement le récit d'un voyage qu'il fit en Chine, mais la façon dont il conte ses aventures est toute nouvelle. Le détail pittoresque, l'évocation d'un paysage, la rêverie soudaine où ce paysage le jette, des passages lyriques et d'autres familiers, composent une odyssée singulière où l'on reconnaît bientôt l'auteur du *Bar de la Fourche* et du *Journal naissant*.

© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 °/o, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Marque déposée

ANTIACIDE & LAXATIF

Cette préparation possède, sous une forme liquide et assimilable, toutes les propriétés de la magnésie solide, sans en présenter aucun des inconvénients.

Sa fluidité, sa parfaite hydration, son affinité pour les acides, assurent une solubilité parfaite dans les sucs de l'estomac.

Elle est agréable à prendre et son usage prolongé ne donne jamais lieu à des signes d'intolérance.

Envoi d'Échantillon sur demande au Dépôt Général

PHARMACIE ANGLAISE DES CHAMPS-ÉLYSÉES
62, avenue des Champs-Élysées
PARIS (VIIIe)

Téléphone : Elysées 22-52

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

Extrait total d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES · ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Laboratoires

CARTERET

EURONAL

HYPNOTIQUE LÉGER
SÉDATIF NERVEUX

Comprimés rigoureusement dosés à

VÉRONAL SODIQUE	0 gr. 15
EXTRAIT DE VALÉRIANE	0 gr. 10

INSOMNIES NERVEUSES, NÉVRALGIES (1 à 3 comprim. par jour)

Littérature et échantillons sur demande

SINAHIN

Traitement
ANTIDIABÉTIQUE
- Sans Régime -

PILULES A BASE D'EXTRAITS VÉGÉTAUX
5 à 15 Pilules par jour

Communication à l'Académie de Médecine, 30 Décembre 1913, par le Docteur Dinguizli, de Tunis, sur les Travaux d'Avicenne.

15, Rue d'Argenteuil,

PARIS (1er)

R. C. Seine 185.284.

ANTISEPTIQUE — — DÉSINFECTANT

LUSOFORME

FORMOL SAPONINÉ

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

© BIU Santé

REVUE DE LA PRESSE

Le bismuth injecté dans les muscles et dans les veines passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien ?

Les agents de la médication antisyphilitique — sauf l'iodure de potassium — ne diffusent pas dans le liquide céphalo-rachidien ; or certains auteurs ont signalé le passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien. C'est pour contrôler leurs résultats que MM. JEANSELME, DELALANDE et TERRIS (*Presse médicale*, 19 mars 1924) ont entrepris une série d'analyses.

En employant une technique rigoureuse qui évitait toutes les causes d'erreur, ils n'ont jamais pu déceler le bismuth dans le liquide céphalo-rachidien ; la méningite normale ou pathologique paraît être imperméable au bismuth.

L'observation clinique démontre cependant les bons effets de la médication bismuthique dans certaines formes de syphilis nerveuse. Nos résultats négatifs, disent les A., ne doivent pas jeter le discrédit sur elle. Les sels de bismuth, comme d'ailleurs les arsénobenzènes et leurs dérivés, imprégnant les centres nerveux, peuvent agir directement sur les lésions cérébro-spinales et méningées sans toutefois passer dans le liquide céphalo-rachidien.

Le vertige et l'adrénaline.

MM. CANUYT et J. TERRACOL (*Revue d'oto-neuro-oculistique*, février 1924) ont employé l'adrénaline chez un certain nombre de malades atteints de vertiges insupportables et qui n'avaient cédé à aucun traitement ; le vertige a disparu dans la plupart des cas ; ce traitement leur semble donc indiqué drns les troubles vertigineux vaso-moteurs d'origine sympathique.

L'adrénaline au millième doit être prescrite en un flacon compte-gouttes en verre coloré, car le médicament s'altère rapidement à l'air et à la lumière ; et en cas d'échec de la médication, il faut toujours s'assurer de la netteté du produit.

La voie gastrique est excellente, contrairement à l'opinion théorique de certains auteurs. Les doses doivent être suffisantes pour obtenir un résultat : il faut commencer par cinq gouttes et aller jusqu'à vingt gouttes et même trente gouttes, deux fois par jour.

L'adrénaline doit être administrée à distance des repas, au moins une demi-heure avant et sans association médicamenteuse.

La valeur thérapeutique de l'ichtyol.

L. CHEINISSE rapporte (*Presse médicale*, 22 mars 1924) que le conseil de pharmacie et de chimie de l'*American Medical Association*, ne reconnaissant à l'ichtyol que la valeur d'un antiseptique faible et d'un décongestionnant, vient de le rayer de la liste des remèdes admis.

Ce médicament, lancé sous les auspices de Unna, avait été préconisé, par des thérapeutes excités, comme devant guérir toutes les maladies, depuis les excoriations des pieds jusqu'à la tuberculose pulmonaire. Il en est souvent ainsi en médecine ; l'excommunication d'aujourd'hui ne doit pas plus surprendre que l'engouement de jadis.

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTERO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphtérique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques indications et techniques de gynécologie opératoire,

Par le Prof. Dr **Frans DAELS** (Gand).

En un article précédent (1) nous avons attiré de façon spéciale l'attention du médecin praticien sur les particularités du toucher gynécologique rectal comparées à celles du toucher gynécologique vaginal et nous avons souligné les avantages que présentait la première technique. Nous estimons la pratique des deux techniques d'importance égale. Nous décrivions en même temps les diverses techniques de redressement de la matrice en rétroversion. Revenons un instant sur la ligne de conduite à suivre dans ce dernier cas.

Si l'organe utérin en rétroversion est mobile et peut être ramené en position normale nous avons le choix entre le traitement au moyen d'un pessaire ou le redressement opératoire de l'organe. Ce choix, conçu de façon si simpliste, est plutôt théorique, car en pratique courante la première question qui se pose est celle de savoir si les malaises dont se plaint la malade : sensation de pesanteur, mal dans le dos, douleurs menstruelles, etc., proviennent réellement du fait de la rétroversion utérine et non point d'un état inflammatoire de la matrice ou des annexes ou de reliquats cicatriciels d'inflammations antérieures. Ces dernières lésions peuvent ne point en imposer à l'examen gynécologique et pourtant être très réelles et causes de malaises très marqués ; dans ces derniers cas, le redressement de l'organe n'influencera pas de façon décisive les malaises les plus importants. La situation inverse peut se présenter également : le redressement d'une rétroversion utérine avec adhérences qui ne peuvent être rompues que par l'examen sous narcose, peut être suffisant pour modifier si profondément la situation clinique que la malade est satisfaite et ne désire pas davantage du traitement médical.

De façon générale, nous pouvons nous orienter au sujet de l'action utile du redressement de la matrice en la maintenant en situation normale au moyen d'un pessaire, dans la plupart des cas, le pessaire de Hodge. Nous sommes un partisan décidé de ce « redressement d'essai » qui ne fait courir aucun danger à la malade, ne demande à la malade que quelques semaines de patience et nous fournit un précieux élément de diagnostic et de pronostic. Nous sommes un partisan décidé de l'essai de redressement, au besoin sous narcose avec essai de rupture des adhérences dans tous les cas où l'organe semble fixé. Dans de nombreux cas nous percevons de la façon la plus nette qu'au moment de l'examen bi-manuel nous rompons des adhérences et nous ramenons vers l'avant un organe qui se trouvait manifestement en rétroversion adhérente. Jusqu'à présent nous n'avons jamais observé le moindre inconvénient de nos redressements sous narcose — quelques centaines au moins — et dans nombre de cas cette technique nous a permis de faire du traitement conservateur là où il semblait décidément exclu.

Lorsque nous avons réussi à redresser l'organe nous plaçons l'anneau et nous attendons le résultat de ce « redressement d'essai ». S'il surgit une amélioration nette nous faisons décidément du traitement conservateur. Nous n'avons plus le droit de recommander à la malade une large exérèse opératoire. Nous lui laissons le choix entre le port de l'anneau ou le raccourcissement des ligaments suivant Alquié-Alexander, tout en recommandant de façon spéciale le raccourcissement des ligaments, parce que nous savons par expérience qu'après quelques mois ou années la malade ou le mari se fatiguent de l'anneau ou des pertes blanches qu'il provoque ou des irrigations qu'elles nécessitent. Le raccourcissement des ligaments est beaucoup plus favorable à une conception ultérieure que le port d'un anneau. Dans plusieurs cas nous avons observé après raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds, des grossesses tellement hâtives que les malades ne voyaient plus leurs époques après l'opération ; nous attribuons le fait à la bascule peut-être exagérée de l'organe vers l'avant, et à la formation d'un magnifique godet réceptacle du liquide séminal au niveau du museau de tanche, Nous pratiquons le redressement opératoire suivant Alquié-Alexander, même dans nombre de cas où le maintien de l'organe en position normale au moyen du pessaire ne donne point entière satisfaction à la malade, mais où l'existence de brides paramétritiques sur lesquelles l'anneau appuie nous indique le pourquoi d'un résultat clinique insuffisant. Après redressement opératoire de l'organe, la légère torsion que subissent ces brides n'amène jamais des malaises aussi marqués que la compression exercée sur elles par un pessaire.

Nous entendons parfois formuler contre l'opération d'Alquié-Alexander une critique de vieille date, à savoir : que la récidive est fatale puisque l'organe s'est mis en rétroversion en distendant, en amincissant des ligaments ronds déjà trop faibles et que nous le ramenons en avant en le fixant cette fois avec ces ligaments amincis. Cette critique ne tient pas : au moment de l'opération on enlève l'extrémité distale des ligaments ronds et on fixe l'organe utérin au moyen de la partie proximale beaucoup plus épaisse. Les résultats cliniques nous démontrent d'autre part l'extrême rareté des récidives et infirment de façon décisive l'objection mentionnée.

Il est exact que l'opération d'Alquié-Alexander ne nous permet pas un contrôle au niveau des organes génitaux internes. Mais cette laparotomie exploratrice n'est pas désirée par toutes les malades et si peu qu'elle augmente les dangers opératoires, elle ne nous permet plus de garantir à la malade que l'intervention « ne comporte aucun danger », car cette laparotomie exploratrice mènera parfois à une intervention plus étendue qui, peut-être, est superflue. Dans tous les cas où une grossesse est désirée par la malade et où l'âge de la malade nous permet encore de patienter quelque peu, nous préférons faire du traitement conservateur à outrance, et parmi ces traitements conservateurs nous rangeons en première place l'opération d'Alquié-Alexander.

Au lieu d'ouvrir largement le canal inguinal, de raccourcir le ligament rond, et de fixer le ligament sur l'aponévrose en courant le danger d'imbriquer deux sutures, la suture de fixation du ligament et la suture de fermeture de l'aponévrose, et de provoquer parfois de la nécrose, nous avons fait passer le ligament rond de chaque côté dans le canal inguinal du côté opposé par voie sous-aponévrotique et nous avons fixé les ligaments ronds l'un sur l'autre à l'intérieur des canaux inguinaux (*Bulletin de l'Acad. Royale de médecine de Belgique*, 1920). Il se fait que dans quelques cas les liagments ronds sont trop courts pour que nous puissions appliquer cette technique avec toute la facilité désirable. Nous avons modifié notre technique de la façon suivante :

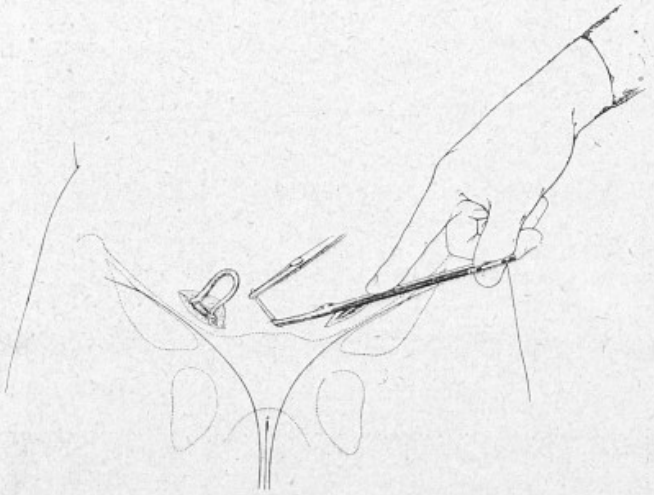


Fig. 1. — La pince saisit le ligament rond dans le canal inguinal.

(1) *Progrès Médical*, 9 février 1924.

© BIU Santé

Nous incisons la peau sur une longueur de 2 à 3 cm. exactement en dehors de l'épine du pubis, au-dessus du ligament inguinal et parallèlement à lui ; sous le contrôle du doigt nous glissons la pointe d'une paire de ciseaux courbes au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et en ouvrant la paire de ciseaux nous ouvrons le canal inguinal sur une étendue suffisante pour pouvoir accrocher à l'intérieur du canal son contenu, isoler le nerf inguinal et amener à l'extérieur le ligament rond que nous dénudons de son revêtement péritonéal. Nous procédons de la même façon de chaque côté. Nous faisons une ponction de la peau juste au-dessus de la symphyse ; à travers cet orifice nous passons une pince courbe sous l'aponévrose jusqu'à l'intérieur de chaque canal inguinal, cette pince saisit l'extrémité du ligament rond et ramène le ligament à l'extérieur à travers l'orifice cutané médian (Fig.1).Nous nouons les deux ligaments ronds l'un avec l'autre, nous passons une ligature de catgut à travers le nœud formé, nous coupons les parties superflues des ligaments et enfouissons le nœud sous la peau. L'ouverture pratiquée dans le canal inguinal est fermée de chaque côté, d'habitude au moyen d'un fil de catgut et l'incision cutanée au moyen d'une ou deux agrafes. Nous pouvons assurer aux malades que cette intervention ne comporte aucun danger et nous la trouvons si correcte ou point de vue du maintien ou du rétablissement de rapports anatomiques normaux, que nous lui donnons la préférence même lorsque nous devons fixer l'organe vers l'avant, après laparotomie et extirpation d'une partie des annexes. La méthode de Doléris signifie bien plus une suspension de l'organe qu'une bascule physiologique vers l'avant et nous avons pu constater au cours d'interventions opératoires ultérieures qu'elle amenait la formation d'une fente entre le ligament large et la paroi abdominale. Après avoir terminé l'intervention intra-péritonéale, nous préférons donc rechercher les ligaments ronds dans le canal inguinal, les accrocher dans ce canal en passant une pince sous l'aponévrose abdominale antérieure pour les amener au niveau de l'incision de laparotomie et les

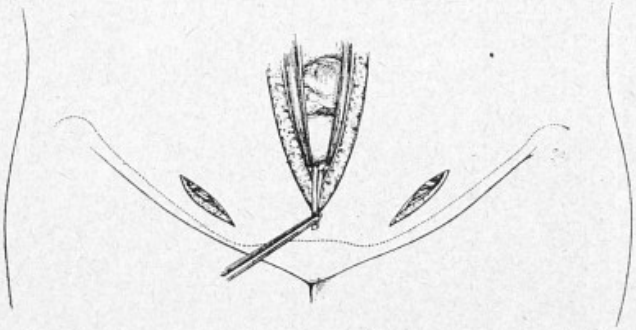


Fig. 2. — Les ligaments ronds sont amenés de façon sous-aponévrotique au niveau de l'incision médiane de laparotomie.

y nouer l'un sur l'autre (Fig. 2). Nous obtenons ainsi des rapports anatomiques plus normaux que ceux que nous assure l'opération de Doléris.

***

Les indications à l'extirpation complète de la matrice, des trompes et des ovaires se sont modifiées dans les derniers temps. Nous avons toujours plaidé,pour les divers états inflammatoires des organes génitaux internes, le traitement conservateur à outrance ou le traitement opératoire radical. Lorsqu'il existe de la salpingite ou de l'oophorite, en règle générale la matrice est ou a été infectée et une intervention partielle nous fait courir le danger de constater ultérieurement que les malaises dont se plaignait la malade ne provenaient qu'en partie des organes extirpés et qu'ils trouvent surtout leur cause dans la matrice qu'on a laissée en place ou dans une annexite débutant de l'autre côté. Il nous est arrivé trop souvent de devoir intervenir chez des malades qui avaient déjà subi une ou deux interventions antérieures. Nous admettons bien volontiers que dans de nombreux cas c'est surtout la malade qui insiste pour l'opération partielle pour conserver la possibilité d'une grossesse ultérieure, mais il n'en demeure pas moins vrai que le psychisme de ces malades est influencé d'une façon dangereuse par une opération sans résultat. De là notre ligne de conduite : mener le traitement conservateur à outrance, mais lorsqu'il faut passer au traitement opératoire, se rallier à l'intervention opératoire radicale (*Bull. de l'Acad. R. de Belgique*, 1920 « Au sujet de l'hystérectomie sub-totale »). Nous croyons que cette ligne de conduite demeure toujours indiquée dans de nombreux cas et c'est le motif pour lequel nous avons tâché de faire de l'hystérectomie supra-vaginale une intervention asussi correcte que possible au point de vue de la plastique et de la statique du petit bassin. Nous ne laissons jamais des fragments d'ovaire dans la cavité abdominale parce que dans plus d'un cas il nous a fallu intervenir pour extirper des fragments d'ovaire laissés en place et devenus cause de fortes douleurs. Nous retrouvons alors ces fragments d'ovaire enrobés dans du tissu de cicatrice et parfois en dégénérescence kystique. Nous transplantons souvent chez des malades jeunes un fragment d'ovaire dans le tissu sous-cutané. Notre assistant le Dr De Bruyne (*Obstétrique et gynécologie*, août 1922, tome VI, « Contribution à l'étude de la greffe clinique de tissu ovarique ») a établi que dans la plupart des cas ces transplantations exerçaient une action favorable en atténuant ou en supprimant les malaises de la ménopause précoce. Dans quelques rares cas, la dégénérescence kystique de ces fragments transplantés peut provoquer des malaises et en nécessiter l'extirpation ultérieure, ce qui nous défend de considérer cette transplantation comme indiquée de façon impérieuse. Une de nos malades nous est revenue ultérieurement après que son fragment transplanté eut été enlevé par un chirurgien qui lui avait fait une entaille de 12 cm. de longueur et l'avait opérée pour hernie abdominale étranglée. Je plains l'anatomo-pathologiste qui aura dû poser le diagnostic histologique de la tumeur trouvée en pleine paroi abdominale.

Notre technique d'hystérectomie supra-vaginale s'est surtout modifiée dans le sens d'une statique normale et d'une péritonisation correcte et facile. Après incision des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments ronds et séparation de ces ligaments, nous détachons le péritoine de la face antérieure

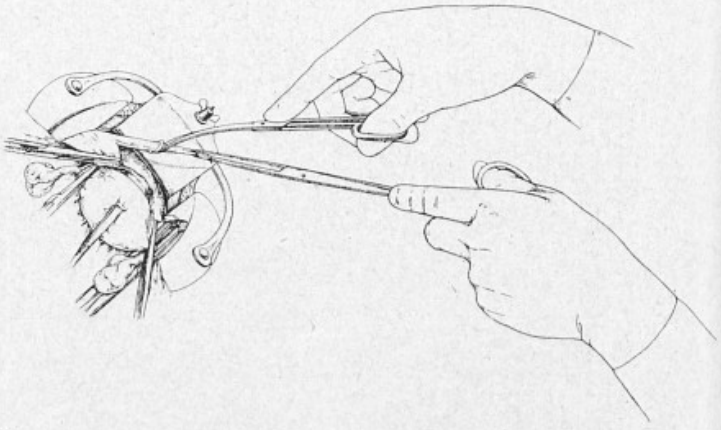


Fig. 3. — Le péritoine est détaché des ligaments ronds.

de la matrice et des ligaments ronds (Fig. 3), nous fixons de chaque côté le moignon infundibulo-pelvien sur le ligament rond et nous refoulons la vessie de la paroi utérine antérieure. Nous ligaturons les artères utérines et nous incisons le col utérin de façon à y former un sillon et à exciser la presque-totalité de la muqueuse cervicale. Les ligaments ronds sont croisés l'un sur l'autre dans le sillon cervical et les lèvres antérieures et postérieure du sillon sont suturées au-dessus d'eux tandis que ces fils de suture passent en même temps à travers les liga-

© BIU Santé

ments ronds et les fixent sur place (Fig. 4, 5). Un ou deux fils de catgut fixent le péritoine vésical sur les ligaments de Douglas (Fig. 6). Nous rétablissons ainsi avec quelques ligatures une statique et une plastique normale du petit bassin.

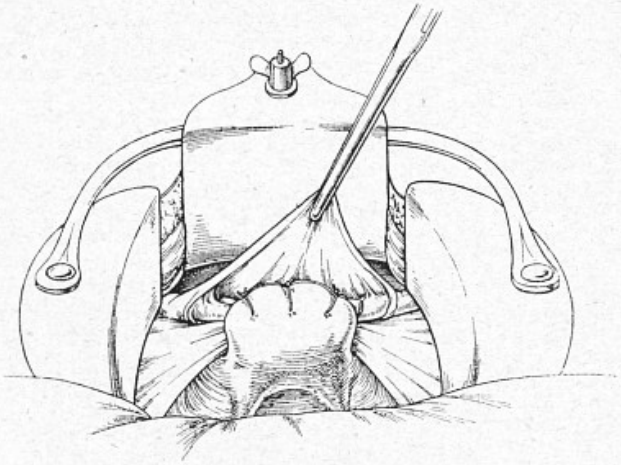


Fig. 4. — Les ligaments ronds sont fixés dans le sillon cervical.

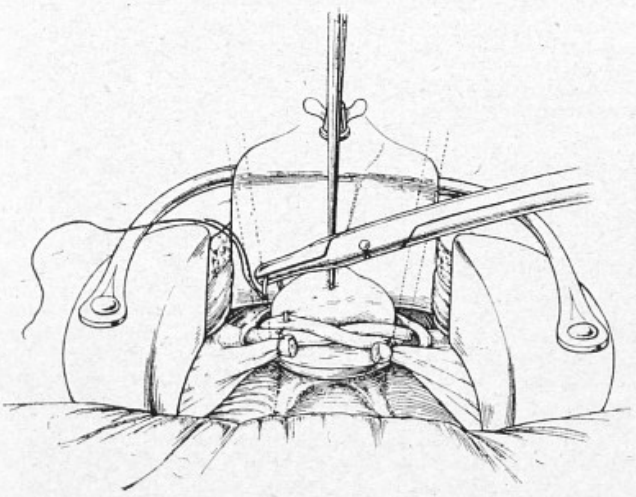


Fig. 5. — Le sillon est fermé au moyen de trois points de suture qui ont en même temps fixé les ligaments ronds dans le sillon cervical

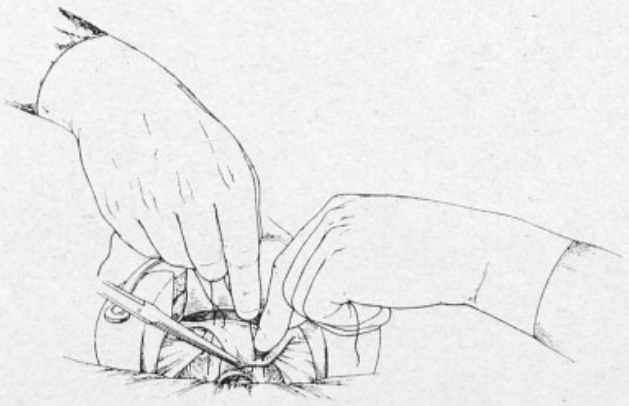


Fig. 6. — Péritonisation au moyen d'un ou deux points de suture.

***

Dans nos premières publications nous nous sommes opposés avec insistance à toute intervention chirurgicale quelque peu conséquente dans les cas d'inflammation des organes génitaux internes où une grossesse est ardemment désirée et où la femme est encore jeune. Dans les derniers temps, nous fûmes encouragés au point de vue thérapie conservatrice à outrance par les résultats de l'irradiation des ovaires avec une dose excitatrice des rayons X. Notre collaborateur, le Dr De Backer, communiquera ultérieurement les détails de ces cas ; dès à présent il est pour nous certain que l'irradiation excitatrice des ovaires peut amener à fécondation des cas qui semblaient désespérés.

Mais nous reconnaissons néanmoins que notre ligne de conduite opératoire s'est nettement modifiée pour les cas où une grossesse est ardemment désirée, où nous sommes forcés d'intervenir quand même et où nous trouvons des organes légèrement modifiés à côté d'une trompe ou d'un ovaire gravement malades. Dans ces cas nous faisons à nouveau de la chirurgie plus conservatrice parce que la radiothérapie nous a fourni le moyen de forcer au repos complet les organes génitaux que nous laissons en place au cas où les malaises provoqués par eux seraient trop intenses. Après stérilisation radiothérapeutique la plupart des malaises disparaissent de par la suppression des périodes de congestion et de décongestion du cycle menstruel. Cette stérilisation peut être obtenue facilement même chez des personnes jeunes tout en laissant les deux ovaires, et le traitement radiothérapique est sûrement indiqué chez les personnes qui ne veulent point entendre parler d'intervention opératoire. Cette stérilisation pratiquée chez des personnes jeunes laisse toujours subsister des chances très sérieuses de voir réapparaître la menstruation après quelques mois, tandis que l'intervention radicale leur enlève définitivement tout espoir. Mais nous croyons que l'extirpation des parties les plus malades par une chirurgie conservatrice qui tient en réserve la radiothérapie stérilisante est actuellement la ligne de conduite indiquée dans les cas où l'indication d'intervenir devient impérieuse.

Dans les cas où nous trouvons une grande matrice métritique, dont le volume et le poids sont cause principale des malaises, la stérilisation n'aura que peu de résultats.

***

Dans les cas où des myomes se sont développés dans la paroi même de la matrice, surtout lorsqu'il s'agit de femmes âgées de plus de 40 ans, dans les cas de ménorrhagies sans lésions objectives décelables, la Rœntgenthérapie est devenue le traitement classique. Avec le Dr De Backer nous appliquons la Rœntgenthérapie intensive même dans les cas de myomes nécrotiques et nous en sommes très satisfait. Le traitement chirurgical est indiqué dans les cas de tumeurs myomateuses irrégulières et pédiculées, qui provoquent des phénomènes de compression, mais également dans ces cas une atténuation du radicalisme, de l'intervention opératoire, est indiquée lorsqu'une tumeur myomateuse se trouve profondément adhérente dans un paramètre. Nous laissons pareille tumeur en place dès que nous sommes convaincu que son extirpation augmente notablement les dangers opératoires ; si ultérieurement la castration effectuée par l'acte chirurgical n'amène pas une régression suffisante de la tumeur, la Rœntgenthérapie nous sera d'une aide décisive.

Nous ne voulons point entamer ici la question du traitement du cancer utérin, traitement conservateur ou opératoire ou mixte. Nous ne voulions qu'attirer l'attention sur quelques indications et techniques de gynécologie opératoire en soulignant l'évolution qui s'accomplit en ce domaine dans le sens d'un traitement plus conservateur à différents points de vue, grâce au perfectionnement des techniques radiothérapiques et de leurs résultats cliniques.

© BIU Santé

Le traitement d'urgence de l'hémiplégie syphilitique,

Par A. SÉZARY

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Il est un certain nombre de circonstances où le médecin, en instituant d'urgence un traitement approprié, peut sauver la vie de son malade ou le préserver d'infirmités indélébiles.

En pratiquant, par exemple, une saignée chez le brightique ou l'aortique atteints d'œdème aigu du poumon, en faisant une injection de sérum antidiphtérique chez l'enfant qui souffre d'une angine pseudo-membraneuse à marche extensive, il écarte un danger immédiat et il prévient des complications graves.

Peu importent, en pareils cas, l'examen des urines ou la recherche du bacille de Lœffler : il faut aller vite, ne se soucier que des indications cliniques. Le péril conjuré, le diagnostic précis sera établi selon les règles classiques.

Ces remarques s'appliquent particulièrement à la pathologie vasculaire.

Une artère ou une veine étant sectionnées, il importe de pratiquer d'urgence leur ligature.

Lorsqu'une artère est oblitérée par suite de la tuméfaction de ses parois et de la formation secondaire d'un thrombus, le problème consiste à désobstruer sa lumière.

Ces oblitérations artérielles reconnaissent des causes diverses et leur traitement doit s'inspirer de leur étiologie. S'il s'agit d'un processus athéromateux, la thérapeutique ne nous offre guère de ressources et nous sommes désarmés. S'il s'agit au contraire d'une artérite infectieuse, nous possédons, selon les cas, des moyens curatifs plus ou moins actifs.

Nous bornerons notre étude au traitement d'urgence de l'artérite syphilitique du cerveau. Celle-ci constitue une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables de la syphilis, car elle entraîne souvent à sa suite des lésions nerveuses, sinon mortelles, du moins irréparables, qui se traduisent généralement par une hémiplégie définitive.

On pouvait se demander si les puissantes médications antisyphilitiques modernes ne seraient pas capables de réparer très rapidement les lésions vasculaires, au point de permettre le rétablissement de la circulation avant que les cellules nerveuses ne soient définitivement dégénérées.

A cette question, nous pouvons répondre par les deux observations suivantes.

Observation I. — M. P...., âgé de 40 ans, syphilitique depuis 20 ans et n'ayant reçu au début de sa maladie qu'un traitement pilulaire d'une année, éprouve en août 1921 des fourmillements dans le membre supérieur droit.

Un médecin l'examine en septembre, constate que les réflexes sont un peu plus vifs à droite qu'à gauche bien qu'il n'y ait aucune paralysie, que le réflexe lumineux des pupilles est paresseux sans être aboli, et qu'il existe une hémianopsie homonyme droite. Il pratique six injections intraveineuses de cyanure de mercure, puis il essaye trois injections de faibles doses de 914. Celles-ci étant mal supportées (torpeur, céphalée), il reprend alors les injections de cyanure qui sont bien tolérées. Il n'y a pas d'albuminurie.

Le 14 octobre au soir, au cours d'une réunion familiale, le malade éprouve de la difficulté pour parler, il ne trouve pas ses mots, il présente un certain état d'hébétude et de torpeur. On le met au lit et il s'endort.

Le lendemain matin, on constate chez lui une hémiplégie droite et une aphasie presque totale. La torpeur est accentuée, mais il n'y a pas eu d'ictus.

L'après-midi, nous examinons le malade. Il est prostré, obnubilé, mais non comateux. Il comprend les questions qu'on lui pose, quelquefois seulement après qu'on les a répétées, mais il ne parvient pas à y répondre. Il porte la main à la tête, témoignant d'une céphalée intense. L'hémiplégie droite est absolue. Dès ce moment nous constatons l'exagération des réflexes du membre inférieur paralysé avec clonus du pied, signe de Babinski. Au membre supérieur, par contre, la paralysie est flasque, les réflexes sont abolis. La face est relativement respectée, malgré l'existence d'une aphasie motrice très marquée.

Le diagnostic ne laisse aucun doute. Ce sujet jeune, syphilitique, indemne de toute affection cardiaque, ne peut être atteint que d'une artérite cérébrale spécifique thrombosante.

Deux médecins que nous trouvons au chevet du malade discutent sur la conduite à tenir. L'un préconise l'abstention de tout traitement spécifique, le croyant incapable de rétablir la perméabilité artérielle, et craignant l'intoxication médicamenteuse. L'autre est partisan du traitement, mais, se souvenant des troubles occasionnés par les premières injections de 914, il hésite à prescrire de nouveau ce médicament.

Pour nous, attribuant les malaises qui ont suivi la première tentative du traitement arsenical à une réactivation de lésions encore en voie d'organisation, nous n'hésitons pas à conseiller un traitement intensif, que nos deux confrères veulent bien accepter.

Séance tenante, il sera fait une injection intraveineuse de 30 centigr. de 914 ; le lendemain, une injection de 2 centgr. de cyanure de mercure ; le troisième jour, une injection de 45 centgr. de 914 ; le quatrième une deuxième injection de cyanure ; le sixième jour, une nouvelle injection de 45 centgr. de 914 ; le septième, une injection de cyanure.

Ainsi fut fait. Le malade reçut dans une semaine 1 gramme 20 de 914 et 6 centgr. de cyanure de mercure.

Le septième jour, le résultat est remarquable. L'aphasie a presque totalement rétrocédé : le malade raconte son histoire sans aucune peine, sans aucun trouble de la mémoire et nous témoigne ainsi qu'à aucun moment il n'a perdu connaissance. Il peut mouvoir son membre inférieur droit dont les muscles extenseurs seuls demeurent parésiés. Le membre supérieur est encore inerte, bien que les mouvements d'élévation de l'épaule soient récupérés.

Le neuvième jour qui suit l'hémiplégie, on injecte 60 cgr. de 914, puis ce traitement est continué selon les règles, c'est-à-dire au rythme d'une injection intraveineuse par semaine. Au bout d'un mois et demi il a été injecté 7 grammes 50 de 914 et 30 centigrammes de cyanure de mercure.

A ce moment, le résultat est excellent. *Le malade n'a plus aucune paralysie.* Il éprouve seulement une petite gêne dans l'exécution des mouvements délicats des doigts, et sa femme nous dit qu'à la fin de la journée, il éprouve parfois une difficulté à trouver certains mots. L'hémianopsie, lésion ancienne et indélébile, n'est pas modifiée. Le signe de Babinski a disparu. Le malade sort seul et il fait des promenades assez longues sans être accompagné. Il donne l'impression d'un homme normal et le médecin le plus averti ne se douterait pas en le rencontrant qu'il était si gravement hémiplégique quarante-cinq jours auparavant.

Observation II. — Mlle D . ., âgée de 38 ans, syphilitique depuis huit ans, a, le 4 décembre 1921, un ictus, après quoi elle est aphasique et hémiplégique.

Admise à l'hôpital de la Charité, elle y subit aussitôt un traitement par des injections intraveineuses de 914. Elle reçoit en quarante-cinq jours 3 grammes 50 de ce médicament. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

A la suite de ce traitement, les troubles si marqués de la motilité et de la parole ont complètement disparu.

Nous avons pu examiner cette malade trois mois plus tard. Malgré qu'elle ait eu l'imprudence de ne pas continuer son traitement, nous ne constatons aucun signe de lésion organique du système nerveux, en dehors de la vivacité du réflexe périosté radial droit. Les réflexes pupillaires, rotuliens, achilléens, cutanés plantaires, sont normaux. Il n'y a pas de clonus du pied, ni de la rotule. On ne trouve aucun trouble sensitif. Mais la réaction de Bordet-Wassermann du sang demeure positive.

On peut dire que la guérison clinique des troubles nerveux est complète, quoiqu'ils aient revêtu d'emblée une gravité indéniable.

***

Ces deux observations méritent quelques commentaires. Elles comportent des déductions pratiques qui nous semblent du plus grand intérêt.

Elles montrent en effet que, *traitée énergiquement dans les premières heures qui suivent son apparition, l'hémiplégie syphilitique est susceptible de guérison complète.*

© BIU Santé

Notre conclusion concorde parfaitement avec celle de M. Milian, qui a justement insisté sur l'efficacité du traitement arsenical précoce dans l'hémiplégie syphilitique (*Paris médical*, 1923, n° 9, p. 218).

L'action du traitement nous paraît ici indiscutable. Sans doute, on voit beaucoup d'hémiplégies d'origine artéritique s'améliorer spontanément, qu'elles soient syphilitiques ou non. Mais cette amélioration est tardive et généralement incomplète. C'est une régression partielle des troubles paralytiques, due en partie à l'installation de la contracture. De même, on peut voir des hémiparésies de causes diverses rétrocéder complètement. Mais en dehors de l'hémiplégie syphilitique traitée activement, il est exceptionnel de voir une paralysie complète et grave s'améliorer considérablement dès les premiers jours et guérir complètement en quelques semaines.

Si ce résultat est obtenu, c'est très vraisemblablement parce que la lumière vasculaire est désobstruée très rapidement et redevient perméable au sang, ce qui permet aux éléments nerveux de réparer leurs lésions histologiques encore peu profondes.

Cette action remarquable du traitement doit être retenue, d'autant plus que très souvent l'hémiplégie des syphilitiques est précédée de troubles nerveux légers intermittents (claudication intermitente des centres nerveux) ou ne s'installe que progressivement. Le clinicien, averti par ces prodromes de l'imminence d'un grave danger, ne doit pas hésiter à prescrire immédiatement un traitement qui prévienda l'oblitération artérielle complète et ses graves conséquences.

Sans doute, tous les cas d'hémiplégie syphilitique ne bénéficieront pas également de cette thérapeutique d'urgence. Si elle est due par exemple à une hémorragie cérébrale, on ne saurait résoudre le foyer apoplectique et restaurer les tissus nerveux dilacérés par le sang épanché. Mais le plus souvent, il sera facile de distinguer le ramollissement de l'hémorragie et par conséquent de juger si le traitement doit être appliqué. Dans les cas douteux, nous ne croyons pas qu'une injection intraveineuse de 914 puisse avoir de graves inconvénients dans le cas d'une hémorragie cérébrale. D'ailleurs la cause la plus fréquente de l'hémiplégie syphilitique est l'artérite oblitérante et non la rupture vasculaire.

Pour être efficace, le traitement sera précoce. Comme l'a bien dit M. Milian, il ne faut pas attendre les résultats de la séro-réaction, ni l'examen du liquide céphalo-rachidien. Les risques minimes que fait courir l'injection arsenicale en cas de thrombose d'origine athéromateuse ne sont pas à considérer, si l'on songe au résultat important qu'on peut obtenir en cas d'artérite syphilitique. Naturellement, si le malade a des signes évidents de défaillance cardiaque ou d'insuffisance rénale, on devra procéder avec prudence. Mais si le sujet ne présente aucune des contre-indications habituelles du traitement arsenical, on y recourra sans hésiter, et immédiatement. Les traitements classiques, saignée, sangsues aux mastoïdes, sinapismes aux jambes, lavements purgatifs, injections d'huile camphrée et d'éther, etc., qu'on applique automatiquement en pareil cas bien que leur efficacité soit douteuse, doivent céder le pas au traitement spécifique.

Il n'est pas douteux que les effets bienfaisants de la thérapeutique spécifique peuvent se manifester très rapidement. Quand on songe aux modifications profondes des tissus qui sont nécessaires pour permettre la cicatrisation d'un chancre en quelques jours, on s'explique fort bien que, déjà dans les heures qui suivent son injection, le 914 puisse agir sur la lésion artérielle. M. Milian n'a-t-il pas vu 30 centigrammes de 914 rétablir la respiration d'un malade atteint d'œdème syphilitique de la glotte et rendre inutile une trachéotomie qu'on se disposait à pratiquer ? On comprend donc que dans l'artère oblitérée, la thrombose en voie d'organisation soit arrêtée dans son évolution et même résolue dans un délai qui permet aux éléments nerveux de réparer les altérations qu'ils ont pu subir.

Il nous semble indispensable d'employer dans ce but une médication intensive et de préférence les arsénobenzènes. Dans cette circonstance où il importe de frapper vite et fort, la voie intraveineuse nous paraît préférable à la voie sous-cutanée. Mais le malade sera surveillé de près. Nous n'avons pas observé dans nos cas de réaction de Herxheimer. La crainte d'un tel incident ne doit pas nous empêcher d'utiliser le médicament dont l'efficacité est la plus grande. S'il survenait, on saurait y parer par l'adrénaline et par la continuation du traitement.

Le mercure et même le bismuth (malgré toutes les vertus neurotropes qu'on a attribuées à ce dernier produit) ne nous semblent pas devoir être utilisés seuls. Mais comme nous l'avons fait dans notre première observation, ils peuvent être heureusement associés à l'arsenic. Aujourd'hui nous n'hésiterions pas à injecter dans les muscles, en même temps que nous introduisons l'arsenic dans les veines, un sel de bismuth. L'association arsenic-bismuth, nous semble en effet douée d'une action thérapeutique incomparable, si l'on emploie à la fois les doses habituelles d'arsenic et de bismuth que l'on injecterait isolément. Elle a, d'autre part, l'avantage d'agir sur les tréponèmes arséno-résistants (1).

Le traitement précoce et intensif de l'hémiplégie par artérite spécifique constitue donc un *traitement d'urgence* qui peut préserver le malade d'une impotence définitive. C'est un véritable traitement abortif, qui améliore considérablement le pronostic de la redoutable localisation de tréponème sur les artères du cerveau. Aussi mérite-t-il de retenir l'attention des médecins qui doivent se souvenir des deux propositions suivantes :

Dans toute hémiplégie survenant sans cause avérée chez un sujet jeune et indemne d'affection cardiaque, il faut instituer d'urgence le traitement antisyphilitique, avant même d'avoir recours aux méthodes de laboratoire pour confirmer sa nature spécifique.

Chez l'homme âgé, il faut suspecter la nature syphilitique de l'hémiplégie et au moindre indice commencer le traitement, si toutefois celui-ci n'est pas contre-indiqué par une tare viscérale grave. Mieux vaut en pareil cas pratiquer inutilement quelques injections de 914, car on est très rapidement fixé sur leur efficacité, que de priver le malade du bénéfice énorme qu'il peut retirer du traitement précoce.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chroniques (2),

Par le Dr **Henri CLAUDE**

Professeur de clinique des maladies mentales

Les cas dans lesquels l'élément hallucinatoire est lié à des idées délirantes de persécution sont extrêmement fréquents ; convient-il de leur appliquer d'une façon générale le terme de psychose hallucinatoire ? Non, car il a là seulement un groupement symptomatique qui tantôt représente des manifestations essentielles d'une maladie autonome bien caractérisée, tantôt ne sont que l'expression d'un état délirant qu'on peut rattacher à des conditions psychologiques très différentes, sous la dépendance d'une maladie organique ou de perturbations psychiques épisodiques sur un terrain acquis ou constitutionnel spécial. Il y a intérêt à chercher à rapporter à leur véritable cause ces divers types cliniques rangés souvent sous le titre de psy-

(1) A. Sézary et M. Pomaret. — Principes du traitement arséno-bismuthique de la syphilis, *Progrès médical* 25 février 1922

(2) Leçon faite à la Clinique des maladies mentales de l'asile St-Anne, janvier 1924.

© BIU Santé

choses hallucinatoires chroniques et dans lesquels la systématisation n'est bien souvent qu'apparente ; les hallucinations surtout du type sensoriel se montrent beaucoup plus rares qu'on ne pense, et mélangées à des idées d'influence, des interprétations, constituent un *syndrome d'action extérieure*, expression d'un automatisme mental qui extériorise ou colore ainsi des idées délirantes nées dans des conditions variées.

Lorsque Lasègue décrivit en 1852 le délire de persécution, il s'attacha surtout à rapprocher les manifestations hallucinatoires de l'idée de persécution. Plus tard, Magnan édifia son **délire chronique** en véritable entité morbide en lui assignant un développement progressif et une systématisation qui se traduisait par l'évolution restée classique en quatre périodes ; *période d'incubation*, signalée par une inquiétude vague, un état cénesthésique pénible, des préoccupations injustifiées ou absurdes ; une *seconde période* caractérisée par l'apparition du délire et les hallucinations auditives phénomènes absolument intriqués l'un dans l'autre et en quelque sorte inséparables, constatation importante sur laquelle il convient d'insister ; une *troisième période* assez inconstante révélée par l'apparition d'idées ambitieuses ou de grandeur, enfin une *quatrième période*, assez contestée, dans laquelle l'activité intellectuelle est de plus en plus réduite, et qui peut être qualifié de démentielle. Disons de suite que cette entité morbide répond beaucoup plus à un type schématique qu'à une réalité clinique, car il est exceptionnel de voir se dérouler ces quatre périodes à la manière des diverses phases d'évolution d'une fièvre éruptive, mais il est nécessaire de schématiser en pathologie et ce fut le grand mérite de Magnan d'isoler un certain nombre de grands types morbides en pathologie mentale, où la délimitation des diverses variétés morbides est si difficile à préciser. En effet, après avoir rappelé les grands traits qui caractérisent le délire chronique de Magnan, je suis obligé de reconnaître que certaines des manifestations attribuées par cet auteur au délire chronique en dehors des caractères évolutifs restent encore très variables. Magnan insistait sur le début tardif de la maladie chez des sujets chez qui l'hérédité était peu ou pas chargée et qui n'avaient pas présenté de troubles psycho-névropathiques antérieurs, et il opposait ces caractères à ceux du délire hallucinatoire des dégénérés, moins nettement systématisé, et qui évolue sans périodes régulières, avec un polymorphisme d'idées délirantes caractéristique, chez des individus à hérédité chargée ou ayant présenté antérieurement des signes de déséquilibre mental. Par la suite, MM. Sérieux et Capgras, disciples de Magnan, ont insisté également sur l'éclosion brusque du délire chronique, chez des sujets indemnes de troubles mentaux antérieurs, et sur l'origine auto-toxique de cette affection admettant qu'elle répondait à la constitution de lésions progressives de l'écorce cérébrale et des différents centres fonctionnels, lesquels traduisaient d'abord leur atteinte par une sorte d'éréthisme, répondant à l'état d'inquiétude prémonitoire, puis par des perturbations fonctionnelles diverses des centres psycho-sensoriels : excitation délirante, hallucinations, et plus tard épuisement de ces centres qui revêt le caractère démentiel. Les auteurs vont jusqu'à établir un parallèle entre ces troubles sensoriels et psychiques du délire chronique avec ceux des psychoses alcooliques. Ils voient même la preuve du caractère sensoriel des hallucinations dans ce fait que les sujets déclarent souvent qu'au début ils n'entendent que des bruits, des bourdonnements diffus avant de percevoir des paroles. Mais cette constatation, très juste d'ailleurs, ne prouve pas qu'il s'agisse de troubles sensoriels quand le sujet croit entendre des voix. Il est bon, avant de discuter les diverses opinions qui ont été émises sur le caractère de ces délires hallucinatoires systématisés, d'analyser quelques faits de cet ordre ;

Voici une femme de 57 ans. Mme B..., chez qui nous trouvons des antécédents héréditaires mentaux, mère alcoolique, plusieurs parents morts dans des maisons d'aliénés. Cette femme paraît avoir eu une existence à peu près normale jusqu'en 1920, mais il est très vraisemblable, d'après des indications qu'elle fournit, qu'elle a eu de tout temps des démêlés avec ses parents pour des question d'héritages, et qu'elle s'est montrée d'un commerce difficile. C'est ainsi qu'à partir de 1913 elle a préféré laisser des terres en friche plutôt que de les louer. En tout cas ce n'est qu'en mars 1920 qu'elle fut internée une première fois à Maison-Blanche, et le certificat du Dr Briand porte : débilité mentale, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution. On la tourmente depuis plusieurs années ; tendances ambitieuses, elle est dépositaire de secrets importants. Rendue à la liberté peu de temps après, elle porte plainte en mars 1921 parce qu'on « l'a défigurée par le plancher », nouvelle plainte en novembre 1921 « parce qu'on avait prisses bois et chênes séculaires ». En décembre 1922, autre plainte parce qu'on lui envoie des fumées dans son logement. Depuis cette époque les plaintes et lettres aux autorités n'ont pas arrêté. En novembre dernier, notamment, elle proteste contre le chiffre de la retraite accordée à son mari mort en 1922 et engage un procès contre la Compagnie des omnibus. Néanmoins elle s'occupait à faire des ménages. Enfin récemment, ayant été expulsée de son logement qu'elle ne paye pas, elle voulut y rentrer de force et fut arrêtée.

Cette femme manifeste nettement des idées de persécution et des idées ambitieuses, mais elle reconnaît elle-même qu'on lui en a voulu presque toute sa vie ; toutefois c'est surtout depuis 7 ans qu'on « l'embête avec du spiritisme ». Ses idées de persécution sont basées sur de prétendues hallucinations diverses ; hallucinations auditives (?), elle tient des conversations avec les voix : on lui demande son nom, le nom de sa famille, on lui disait d'aller au tribunal de la pénitence ; hallucinations visuelles : par l'électricité on lui fait passer des quantités de choses sous les yeux comme dans une lanterne magique : elle sent de mauvaises odeurs de gaz, d'eau de Javel, et même elle a des sensations bizarres du goût. Les interprétations sont multiples ; ses ulcères variqueux sont le résultat de piqûres faites par la chimie et la médecine : on arrange les jours des calendriers : on a créé un calendrier « morganique » qui remplace l'ancien calendrier pour la dérouter ; elle manifeste des idées d'influence : on l'endort dans des effluves qui passent à travers le plancher, on lui aimante les pieds ; on devine sa pensée, elle-même en marchant entend la pensée des autres. A ces idées de persécution qui ont été accompagnées de plaintes aux autorités et de revendications nombreuses s'ajoutent des idées ambitieuses stupides. On était jaloux d'elle depuis longtemps parce qu'elle est alliée à des familles étrangères ; son père était descendant de Marie Stuart, sa mère, de Marie-Antoinette. Aux différentes terres ou petites fermes qui étaient dans sa famille s'attachent des titres nobiliaires, aussi peut-elle se dire comtesse ou duchesse ; ses terres sont également très riches en minerais et ses bois sont remarquables par l'ancienneté des arbres. Telle est, résumée en peu de mots, une histoire très compliquée où dominent les idées de persécution et les idées ambitieuses qui paraissent avoir pris un caractère délirant actif depuis 7 ans, mais qui se sont développées sur un terrain de débilité mentale, de dégénérescence héréditaire constitutionnelle. Le délire de persécution est alimenté surtout par un certain nombre de déceptions, insuffisance de retraite de son mari, mauvais rapports de ses terres et s'est amplifié de plus en plus pour donner lieu enfin à des revendications de toutes sortes.

Dans ce cas, la constitution paranoïaque n'est pas douteuse, les antécédents héréditaires et personnels sont chargés, les idées ambitieuses ont paru être intriquées de longue date avec les idées de persécution, et les hallucinations sensorielles sont très douteuses, il y a surtout des interprétations, des idées d'influence et une tendance à l'extériorisation d'un processus d'automatisme mental en rapport avec ses préoccupations et ses idées de préjudice. Néanmoins comme dans la psychose hallucinatoire classique l'excitation psychique, à certains moments, se traduit par

© BIU Santé

un appel au néologisme et par des constructions imaginatives absurdes conformes à ses tendances ambitieuses. Il ne s'agit donc nullement ici d'un délire systématisé bien coordonné évoluant par étapes successives comme dans la psychose hallucinatoire systématisée type Magnan ; chez cette femme, les idées de grandeur et de persécution éclatent simultanément, la psychose se développe sans régularité, sans plan, sans méthode, elle ne paraît par avoir été préparée par une période d'inquiétude, mais est l'aboutissant d'une activité paranoïaque de date ancienne. Ce type peut être considéré comme celui qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer, et bien qu'il n'existe pas ici de systématisation ni d'évolution progressive et régulière du délire, il s'agit d'une affection chronique qui pourra subir des atténuations et des rémissions légères, mais qui ne guérira jamais. C'est dans ces cas que la mise en liberté accordée à la faveur d'une rémission plus ou moins certaine aboutit à des désastres, car à la première occasion ces persécutés se livrent à des actes antisociaux plus ou mois graves.

Voici au contraire une autre malade, Mme Br.., 42 ans, qui ne paraît avoir aucun antécédent personnel ou héréditaire mais qui a toujours été une débile psychique, d'un caractère facile, sans tendance paranoïaque. Les troubles mentaux sont survenus chez elle très nettement, depuis 18 mois environ, dans les conditions suivantes ; elle travaillait pour une personne en qualité de lingère ; cette personne, au lieu de la payer intégralement en argent lui donnait de petites sommes et s'acquittait du surplus en lui remettant des denrées alimentaires qu'elle prélevait dans un magasin où elle était employée et qu'elle qualifiait de « gratte de cuisine ». Notre malade, qui était une honnête femme, fut très ennuyée, d'une part, de ne pas toucher l'argent sur lequel elle comptait et d'autre part d'être obligée en quelque sorte de se faire la complice de cette femme. Elle se brouilla donc avec elle puis dans une sorte de période de rumination elle se reprocha d'avoir accepté ces produits d'origine suspecte et d'autre part elle conçut une vive irritation à l'égard de la personne qui ne l'avait pas payée. Alors apparurent les idées de persécution qui furent nettement la conséquence de cette rumination mentale. Mme Br... poursuivit son ennemie de ses réclamations, adressa des plaintes de divers côtés parce qu'elle était en proie à toutes sortes de persécutions qu'elle dépeint de la façon suivante.

Elle se plaignait de la tête, elle ne dormait pas la nuit parce qu'on l'électrisait, on la faisait chanter malgré elle et c'était toujours la même chanson qu'elle avait connue autrefois en pension. On sait ce qu'elle pense, elle fait une réflexion, on la répète ensuite, chez les gens, ou dans la rue ; on lui donne des pensées, des idées, et elle-même emploie le mot propre pour caractériser son état : « on m'influence ». On l'interroge, et il faut qu'elle réponde presque malgré elle. Un jour elle pense que sans se vanter elle est une bonne lingère et au même moment la dame pour qui elle travaillait lui dit : « Valérie vous êtes une bonne lingère vos boutonnières sont bien faites. » Il ne s'agit nullement là d'hallucinations mais tout au plus d'hallucinations psychiques en rapport avec la rumination mentale et d'idées d'influence ainsi que d'interprétations. Mais ce qui prouve bien que c'est avant tout l'objectivation d'un langage intérieur sucratif l'hyperendophasie, qui est le point de départ de ces troubles, c'est que lorsque sa pensée se porte sur les scrupules qu'elle aeus de recevoir les produits détournés, le thème de ses pseudo-hallucinations prend un caractère spécial : on la questionne la nuit et le jour sur ces produits, elle a des dialogues avec la personne qui les lui a donnés, celle-ci la domine, et elle a l'impression de recevoir un coup de poing ou d'être bousculée ; on l'insulte, on la traite de voleuse, « cela dure toujours, dit-elle, mais c'est surtout la nuit qu'on la fait parler ». Elle a entendu dire : « C'est des choses à faire couper le cou au monde », je l'ai répété malgré moi, déclare-t-elle, et j'ai dit : ce n'est pas moi, c'est elle.

On voit donc qu'il ne s'agit ici nullement d'hallucination véritable, mais d'un trouble profond de la personnalité dans lequel le point de départ doit être cherché dans une notion de préjudice d'une part et d'autre part dans un sentiment de remords et de scrupule. Ce sont ces divers éléments qui ont eu véritablement un rôle pathogène et qui en provoquant un trouble de la personnalité, ont favorisé le délire en rapport avec l'hyperactivité de la pensée automatique. Cette dernière a pu ensuite s'objectiver sous une forme faussement sensorielle et d'apparence psycho-motrice.

Dans ce cas il ne s'agit pas de psychose hallucinatoire systématisée mais en réalité d'un délire alimenté par des hallucinations psychiques avec des idées de préjudice, sans hallucination sensorielle vraie. Il n'y a qu'une fausse systématisation dans le développement de ce délire qui n'est que l'expression d'un état affectif banal et n'a pris un caractère d'hyperactivité qu'en raison du terrain de débilité mentale spécial. Ce délire doit s'atténuer et rétrocéder peu à peu si la malade est soustraite à son ambiance et si elle n'a pas sujet d'alimenter son trouble psychique par ses revendications constantes et ses scrupules, comme lorsqu'elle vivait au dehors. En effet depuis son entrée dans notre service, elle déclare qu'elle n'éprouve plus de maux de tête, qu'elle n'entend plus de conversations, si elle pense bien encore de temps en temps à toutes les misères qu'on lui a faites, elle se dit bien que cela s'arrêtera et elle n'a plus l'impression d'étrangeté qu'elle attachait autrefois à toutes choses, quand elle tendait à ramener tout ce qui se passait dans sa vie à l'objet de ses préoccupations. Il s'agit donc ici d'un type tout différent du délire chronique puisqu'il n'y a pas d'hallucination sensorielle ni d'idée de grandeur et que tout se borne à des phénomènes d'ordre interprétatif, ou à des idées d'influence qui nourrissent le délire de persécution. En l'absence de tout élément paranoïaque et on raison de la débilité psychique du sujet, il y a lieu de penser que cet état délirant ne prendra pas racine, il paraît déjà assez inconsistant, il se réduira de plus en plus par la suite.

Il y a lieu d'ailleurs de tenir compte dans le diagnostic et le pronostic de ces délires hallucinatoires non seulement de la constitution paranoïaque mais aussi des tendances cyclothymiques des malades et aussi de certaines conditions dues à des intoxications antérieures ou à l'âge. C'est le cas de cette troisième malade, Mme Bon... âgée de 70 ans. Ici nous retrouvons la notion d'hérédité et de terrain déjà signalée dans le premier cas. La mère de la malade a fait des troubles mentaux, et elle-même a toujours été méfiante, vivant seule sans amis, d'un caractère très difficile, en mauvais termes avec ses voisins, son concierge et fréquentant plus que de raison les justices de paix. Néanmoins elle n'avait jamais présenté de troubles mentaux graves, elle était d'une bonne santé puisque malgré son âge elle s'employait encore à faire des ménages. En août dernier elle eut un état infectieux mal caractérisé qui la laissa fatiguée, et dont elle se remit mal. En octobre, elle commença à présenter les manifestations d'une psychose hallucinatoire caractérisée par des hallucinations auditives ou psychiques : voix injurieuses et moqueuses, réflexions sur ce qu'elle faisait ; des hallucinations psycho-motrices : on la faisait parler, on l'obligeait à répondre, elle voulait se retenir et ne pouvait s'en empêcher ; des hallucinations olfactives et gustatives : odeurs et goût de soufre ; des troubles de la sensibilité générale : électricité, piqûres, pincements ; enfin et surtout des hallucinations visuelles : visions cinématographiques, représentation très nette de son fils combattant les Allemands sur la tranchée ; vision de rats et de souris courant dans la pièce. Pendant une période de plusieurs semaines cet état persista, s'accompagnant de troubles digestifs, anorexie, avec alimentation insuffisante, une grande fatigue générale, et elle finit par entrer à Lariboisière, en décembre 1923. Les phénomènes psycho-sensoriels s'atténuèrent alors peu à peu, mais elle garda la croyance entière à leur réalité. Elle eut quelques réactions violentes et c'est dans ces conditions qu'elle nous fut amenée. Actuellement tous ces phénomènes que j'ai

© BIU Santé

indiqués plus haut ne paraissent plus guère avoir qu'un caractère rétrospectif, et la malade n'en parle plus guère que comme s'il s'agissait d'un reliquat onirique, mais elle revit avec une intensité très grande tous les désagréments qu'elle a éprouvés et lorsqu'on en conteste la réalité, elle s'excite et réplique en termes violents.

En raison du début des troubles au cours d'un état infectieux longtemps prolongé, et en l'absence de toute notion d'alcoolisme antérieur, ainsi qu'il ressort des renseignements que nous avons recueillis, il y a lieu de penser qu'il s'agit bien ici d'une crise délirante à caractère onirique dans laquelle les éléments du type hallucinatoire habituels dans ces cas, notamment les hallucinations visuelles, se sont ajoutés toutes sortes d'interprétations et de sentiments d'influence favorisés par la constitution paranoïaque antérieure de cette femme. Mais lorsqu'on s'entretient avec elle actuellement, si l'on ne trouve plus que le reliquat de ces manifestations oniriques, on est frappé de certains propos qu'elle tient, qui ont un caractère vraiment incohérent ; dans son délire de persécution interviennent des personnages qu'elle confond entre eux, voisins, médecin qu'elle a consulté, etc... Comme compensation à l'insuffisance de la pension qu'elle croit lui être due à la suite de la mort de son fils, elle réclame un emploi de sous chef de gare à la gare du Nord et est incapable de fournir un détail intelligible sur cette réclamation se prétendant seulement en conversation par T. S. F. avec la gare du Nord. Si elle est assez bien orientée, sa mémoire est assez infidèle pour les faits récents. Elle est, notamment, incapable d'expliquer comment elle est allée à Lariboisière et comment elle est venue de Lariboisière à Ste-Anne. Il y aurait donc lieu de faire des réserves au point de vue de l'affaiblissement intellectuel de cette femme, chez qui toutes ces manifestations délirantes, d'un caractère hallucinatoire polymorphe, s'accompagnant de réactions assez violentes, d'irritabilité et de turbulence, pourraient être la phase de début d'un état démentiel sénile.

Voilà donc trois observations qui représenteraient trois types de psychoses hallucinatoires sans qu'on puisse parler ici soit de délire chronique soit de psychose hallucinatoire systématisée chronique. On pourrait trouver ainsi une variété considérable de ces psychoses hallucinatoires avec ou sans antécédents paranoïaques, avec des hallucinations ou des pseudo-hallucinations psychiques ou psycho-motrices les plus diverses et parfois même sans idée de persécution, comme dans une observation rapportée par M. Ballet. Aussi la plupart des auteurs modernes, loin d'appuyer l'opinion de Magnan relative au début primitif de la psychose hallucinatoire, en l'absence d'antécédents paranoïaques, signalent-ils plutôt, comme l'ont fait Séglas et Chaslin, l'existence d'un état constitutionnel antérieur et tendent-ils même à admettre que la psychose d'interprétation n'est qu'une forme particulière de la folie systématisée chronique, hallucinatoire ou non.

Si l'on se reporte aux observations que nous venons de rapporter plus haut, on voit, comme l'a indiqué Ballet, que le trouble profond de la personnalité est à la base de ces psychoses dites hallucinatoires, qu'il y ait à l'origine une constitution paranoïaque, une prédisposition héréditaire, ou non, le plus souvent c'est à la faveur d'un événement ou d'une série d'événements qu'apparaît cette désagrégation de la personalité indiquée par Kroepelin et Ballet. Une phase de rumination mentale plus ou moins longue s'installe qui favorise le développement de l'automatisme psychique, ensuite celui-ci s'objective sur des modes variables, suivant que prédomine le sentiment de dédoublement et de domination extérieure, en raison d'une cénesthésie modifiée, ou bien que le sujet puise en lui-même une construction imaginative quelconque. Mais de toute façon le malade est porté à justifier son trouble cénesthésique ou son malaise moral par des modes d'extériorisation différents suivant les cas. C'est alors sans doute qu'intervient le terrain, que joue la prédisposition ; s'agit-il d'un paranoïaque il mettra en œuvre un mécanisme interprétatif auquel il incorporera des sentiments d'influence variables ; s'agit-il d'un débile imaginatif, son langage intérieur lui suggérera des hallucinations psychiques ou psycho-motrices plus ou moins nettes, des pseudo-hallucinations sensorielles ; dans d'autres cas l'hallucination prendra son origine dans des illusions auxquelles s'ajoutera un élément interprétatif de second plan.

Enfin si dans les formes relativement pures et se rapprochant du type schématique de Magnan la psychose hallucinatoire paraît s'être développée primitivement en dehors de toute cause extérieure, par suite d'une sorte d'intoxication endogène, comme l'admet M. Dumas, qui ne se refuse pas à assimiler dans une certaine mesure cette psychose hallucinatoire à la démence paranoïde de Kroepelin, nous pensons que dans la majorité des cas, et surtout lorsqu'il s'agit de sujets ayant un capital intellectuel réduit avec tendances paranoïaques, ou cyclothymiques, l'influence de causes extérieures, toxi-infectieuses ou de perturbations d'ordre moral n'est pas à négliger.

Cette considération pathogenique n'est peut être pas dépourvue d'intérêt si l'on cherche à fixer le pronostic de ces psychoses ; dans la seconde éventualité il y a lieu en effet de penser que les idées de persécution et les idées ambitieuses, quand elles existent seront peu consistantes, d'autant plus qu'elles ne sont souvent que secondaires, que les conditions générales d'existence, les modifications favorables de l'état physique et psychique pourront avoir une influence heureuse sur l'atténuation des troubles psychopathiques, et les rendre compatibles avec une vie sociale à peu près normale. Il n'en serait plus de même dans les formes se rapprochant du type de Magnan et des cas dans lesquels, en raison du terrain paranoïaque, la psychose prend une forme raisonnante de plus en plus invétérée, ou lorsque l'état général du sujet est profondément modifié par des intoxications profondes ou la sénilité. Il ne faut plus compter alors sur une réduction des manifestations délirantes et des mesures définitives sont à prendre dans un but de préservation sociale et individuelle.

CLINIQUE INFANTILE

M. P. LEREBOULLET

Traitement des angines aiguës et de l'angine diphtérique (1)

La thérapeutique des angines aiguës chez l'enfant a subi depuis trente ans des modifications profondes dans le sens que je vous indiquais en étudiant devant vous les règles de la thérapeutique infantile actuelle. Bretonneau, il y a une centaine d'années, de 1818 à 1823, en étudiant l'angine maligne, en précisant ce qu'était l'angine gangréneuse, en décrivant une maladie qu'il appelait diphtérite et qui est devenue la diphtérie, a accompli une véritable révolution en clinique ; c'est à juste titre que la diphtérie porte actuellement, le nom de *maladie de Bretonneau*. Mais, il n'y a eu, du fait de ses découvertes, qu'une très légère amélioration de la thérapeutique des angines. Sans doute, Bretonneau a modifié le traitement de la laryngite diphtérique ; il a montré l'utilité de la trachéotomie dont Trousseau a affirmé après lui la valeur, mais le traitement topique préconisé par Bretonneau et Trousseau (les attouchements avec l'acide chlorhydrique ou d'autres caustiques), n'a eu qu'un effet très modéré, très limité sur la mortalité des angines diphtériques ; dans l'ensemble les angineux ont continué à être traités assez empiriquement.

Par contre, la révolution, qui est survenue 70 ans plus tard, a eu une toute autre portée. C'est du jour où le bacille de Loeffler a été découvert, en 1888, du jour où, à la suite de cette

(1) Leçon faite à l'Hôpital des Enfants, le 23 novembre 1923.

© BIU Santé

découverte du bacille de la diphtérie, est venue celle de sa toxine par Roux et Yersin, celle du sérum antidiphtérique par Behring et Kitasato, d'abord, puis par Roux, Martin et Chaillen, qui en ont précisé le mode de préparation et les applications en thérapeutique humaine; c'est, de ce moment, que le traitement des angines est entré dans une phase nouvelle et que, grâce à cette thérapeutique étiologique et pathogénique par la sérothérapie antidiphtérique, le traitement des angines aiguës a été véritablement transformé. Cette révolution a porté, en effet, sur le traitement des angines autres que l'angine diphtétique : elles ont été conçues et traitées d'une autre façon. Alors qu'il y a quelques années, on ne traitait guère un enfant sans lui faire une série d'applications au niveau de ses amygdales, depuis la classique application du jus de citron jusqu'à l'application de caustiques plus énergiques, alors qu'on se croyait forcé d'administrer à l'enfant purgatifs et vomitifs répétés, actuellement on les soigne sans, pour ainsi dire, toucher à leur gorge, sans traitement local, en leur faisant un traitement général, autant que possible étiologique et spécifique. De ce fait, les malades guérissent vite, et le pronostic de l'ensemble des angines s'est singulièrement modifié.

C'est la notion du traitement causal, associée à une connaissance meilleure de ce que représente l'amygdale, qui a ainsi transformé le traitement des angines aiguës. Les amygdales représentent des amas lymphoïdes spéciaux à l'entrée de la gorge qui servent de porte d'entrée à l'infection, les amygdalites sont l'expression de la réaction du tissu lymphoïde à une infection générale. Il n'est pas nécessaire de traiter localement une telle amygdalite, de pourchasser localement l'agent pathogène ; dans bien des cas, il suffit de faire un traitement général pour modifier la réaction amygdalienne. Cette réaction est d'ailleurs jusqu'à un certain point bienfaisante dans certains cas, et il n'y a pas lieu de la limiter avec les moyens caustiques et destructifs qu'on employait autrefois. De ceci, je vous montrerai une série d'exemples.

Mais avant d'aborder l'étude du traitement, je dois encore vous rappeler qu'en matière d'angines aiguës, l'étude clinique, la nécessité d'un bon examen, dominent de beaucoup l'étude thérapeutique. C'est, avant tout, à bien reconnaître ce qu'est l'angine qu'on observe, quelle est sa signification, qu'il faut d'abord s'appliquer, car le traitement varie selon les causes ; si, méconnaître une angine diphtérique est évidemment fort grave, il est grave également quelquefois de traiter une angine qui n'est pas diphtérique comme une angine diphtérique.

Par conséquent, le diagnostic domine de beaucoup et précède la thérapeutique. Ce diagnostic est fonction de deux éléments : un bon examen clinique, et un bon examen bactériologique. Il est très fréquent d'avoir besoin de faire appel au laboratoire, à la bactériologie, pour reconnaître s'il s'agit d'une angine diphtérique. Toutefois, il vous faudra vous baser avant tout sur votre premier examen clinique pour arrêter votre ligne de conduite, et faire, s'il y a lieu, une première injection de sérum antidiphtérique quitte à ce que l'évolution ultérieure démontre qu'il ne s'agit pas de diphtérie.

Ceci dit, j'arrive à l'étude successive des différentes angines et leur traitement.

Les angines sont classiquement divisées en deux classes, les angines rouges et les angines blanches. Les ANGINES ROUGES sont beaucoup plus souvent secondaires que primitives et nécessitent le plus souvent un traitement fort simple. Il n'est pas moins vrai qu'il y a assez fréquemment des angines rouges assez intenses qui attirent l'attention. C'est l'*angine érythémateuse aiguë*, qui s'accompagne de rougeur assez marquée de la gorge, qui peut entraîner une certaine douleur et de l'œdème de la luette. On reconnaît assez facilement ces angines rouges érythémateuses chez l'enfant. On n'a pas souvent à les traiter localement, ou très peu. Ce sont fréquemment des angines secondaires, elles traduisent une maladie générale, et ne sont que la réaction locale des amygdales à une infection générale. Vous observerez d'abord une série d'angines érythémateuses aiguës très banales, traduisant l'existence des rhinopharyngites aiguës épidémiques si fréquentes en hiver chez l'enfant et l'adulte. D'autres sont la traduction d'une légère infection, pneumococcique ou autre, se portant sur la gorge à titre passager. Il y a des angines érythémateuses qui traduisent une maladie aiguë plus caractérisée, telle l'angine de la scarlatine, telle aussi l'angine rouge qui est si souvent le signe prémonitoire du rhumatisme articulaire aigu ; chez l'enfant, notamment, il est assez fréquent de voir l'angine rouge précéder de 2 ou 3 jours l'apparition des douleurs articulaires. L'angine rouge peut exister aussi au début d'une série de fièvres éruptives, et si, dans la rougeole l'exanthème est beaucoup moins accentué que dans la scarlatine, néanmoins dans cette maladie, il peut y avoir une certaine rougeur de la gorge.

Par conséquent, avant de traiter une angine rouge, il faut d'abord savoir si elle n'est pas la manifestation d'une autre maladie, si elle n'est pas secondaire à une maladie infectieuse, auquel cas c'est le traitement de cette maladie qu'il faut faire.

Néanmoins, il y a un certain nombre de cas dans lesquels un enfant a une forte fièvre, à 40°, avec une gorge rouge, une amygdale plus ou moins volumineuse et rouge, un pharynx également rouge, avec ou sans plusieurs points blancs surajoutés sur les amygdales. C'est le cas classique pour lequel vous serez appelés en clientèle. Rappelez-vous qu'il est inutile de faire un traitement local marqué, qu'il n'est pas nécessaire de faire des lavages de gorge ou des applications de collutoires, ils ne feraient qu'irriter la gorge et entretenir l'inflammation. Néanmoins, pour satisfaire l'esprit des familles, vous pourrez, chez les tout jeunes enfants, donner la vulgaire boule de gomme, les pastilles de Vichy ou de menthe, qui auront l'avantage de faire saliver l'enfant et d'exercer de cette façon, une certaine action salutaire sur la gorge; chez l'enfant plus grand, vous pourrez prescrire un gargarisme, Le plus simple est composé d'eau oxygénée très étendue d'eau. Je me sers volontiers, dans l'angine du début de la scarlatine ou d'autres maladies infectieuses, où il est utile d'aseptiser la gorge, de la laver et de la débarrasser de ses exsudats de l'un ou l'autre de ces deux types de gargarismes. Le premier, un peu astringent, à base d'acide salicylique, peut se formuler ainsi :

Acide salicylique.....	1 gr. 50 ou 2 gr.
Miel rosat.....	ââ 25 gr.
Sirop de mûres.....	
Décoction de feuilles de ronces.	250 grammes

Le second est à base de phénosalyl (avec ou sans résorcine) :

Phénosalyl	ââ 1 ou 2 grammes
Résorcine	
Alcool de menthe	5 grammes
Glycérine	30 grammes
Eau	q. s. pour 300 cc.

Vous pouvez prescrire encore un gargarisme au salicylate de soude (3 à 4 gr. pour 300 à 400 gr. d'eau), qui peut également exercer une action calmante.

En second lieu, vous devez faire de l'enveloppement chaud du cou avec des compresses chaudes, ou avec une feuille d'ouate recouverte de taffetas gommé, et quelquefois lutter contre la fièvre, quoique celle-ci tombe le plus souvent d'elle-même. Mais, il peut y avoir une forte réaction fébrile pour une petite angine rouge avec de minuscules points blancs. J'ai été appelé un jour pour un enfant qui présentait une température de 41°9, uniquement provoquée par une petite angine aiguë. Le lendemain, la température descendait à 37°, le soir, elle montait à 39° ; le surlendemain, la fièvre avait disparu.

Cette violente réaction fébrile est assez impressionnante pour les familles pour qu'il soit bon, dans certains cas, de la modérer, et d'essayer d'obtenir une légère chute de température.

Vous avez alors divers antithermiques à employer. En dehors du bain, réservé aux angines fortement hyperthermiques, vous devez recourir soit à la quinine, soit à l'antipyrine soit à l'aspirine.

La *quinine* ne s'administre que difficilement par la bouche, en raison de sa saveur, mais on peut employer à sa place, l'*aristochine*, qui est un carbonate neutre de quinine, insipide, par paquets de 0,25 centigrammes, délayés dans l'alimentation. Vous pouvez employer par la voie rectale le chlorhydrosulfate de quinine, aux doses de 0,10 à 0.25 centigr. selon l'âge,

© BIU Santé

Chlorhydrosulfate de quinine..	0.10 à 0.25 cent.
Beurre de cacao.....	2 gr. 50

F. S. A un suppositoire n° 4.

Ou encore recourez à l'*aspirine* granulée à la dose de 1/3 ou 1/2 cuillerée à café (= 0,25 centigr.), mêlée à de la confiture.

Rappelez-vous qu'elle ne doit pas être donnée à dose forte, parce qu'elle provoque quelquefois une sudation désagréable et un état de collapsus chez certains enfants. Il faut manier prudemment également l'*antipyrine*, étant donné que quelques sujets ont une intolérance marquée à ce médicament. Néanmoins, l'antipyrine s'emploie volontiers en raison de son action calmante manifeste sur les phénomènes nerveux, sous forme de potion :

Analgésine	2 à 3 grammes
Sirop de cerises.....	ää 30 grammes
Eau distillée.....	

Par cuillerées à café (chacune représentant 0.20 à 0.30 centigr. d'analgésine) dans un peu d'eau.

Je vous conseille de laisser de côté le *pyramidon*, qui entraine beaucoup trop facilement, comme l'aspirine, la dépression cardiaque.

L'enfant atteint d'angine a généralement la langue chargée et des troubles digestifs. Il faut le mettre au régime hydrique, au lait, au bouillon de légumes ou aux tisanes sucrées pendant toute la période fébrile. La maladie, du reste, ne comporte pas un traitement prolongé.

Mais il y a un cas particulier où l'amygdale rouge persiste, grossit, l'enfant souffre, il ne peut ouvrir que très mal la bouche ; il se constitue une *amygdalite phlegmoneuse*, affection relativement fréquente. Dans ce cas, l'examen de la gorge est difficile en raison du trismus et de l'état d'énervement qu'entraine la douleur. Cette forme présente deux types.

Il peut y avoir une véritable amygdalite phlegmoneuse, l'amygdale elle-même contenant du pus, ou une péri-amygdalite phlegmoneuse ; ici, l'abcès se développe dans la région péri-amygdalienne, principalement en arrière, au dessus et en dehors du pilier antérieur du voile du palais.

Cette amygdalite phlegmoneuse a été l'objet d'un grand nombre de discussions au point de vue thérapeutique. Autrefois, les abcès de la gorge étaient traités de deux manières. Après un purgatif, on donnait un vomitif destiné à faciliter l'expulsion de l'abcès. En réalité, l'ipéca fatigue énormément les malades et agit peu ; il faut complètement renoncer à cette médication évacuante qui a trop longtemps dominé toute la thérapeutique infantile.

L'autre médication qu'on employait n'était pas, d'ailleurs, beaucoup plus satisfaisante ; elle consistait à aller ouvrir l'abcès avec la pointe d'un bistouri à lame entourée, difficile à conduire. Le plus souvent, nombre de médecins attendaient (et attendent encore) la terminaison spontanée.

On agit déjà en calmant l'énervement de l'enfant par l'antipyrine, et quelquefois par un petit lavement bromuré, par des bains chauds, de faibles doses de gardénal.

Néanmoins, il y a deux méthodes thérapeutiques qui ont vu le jour dans ces dernières années et ont constitué un progrès manifeste. La première, recommandée par Triboulet, consiste dans l'emploi du collargol en injections intra-veineuses, comme traitement abortif, au début de l'angine phlegmoneuse. Quoique je n'aie pas eu l'occasion d'y recourir, les faits observés par Triboulet sont indiscutables. M. Netter a également observé des faits semblables de guérison. C'est un premier exemple de ce traitement général et, pour ainsi dire spécifique des amygdalites, sans traitement local. Néanmoins, les injections intraveineuses de collargol, même chez un enfant grand, sont une médication délicate et peut-être excessive dans une maladie dans laquelle la guérison spontanée est fréquente.

L'autre méthode thérapeutique est plus simple et très pratique. L'abcès amygdalien, qu'il s'agisse d'amygdalite véritable ou de périamygdalite, doit être incisé, mais cette incision, comme celle des abcès rétro-pharyngiens, est très délicate, si on emploie le bistouri enveloppé de diachylon jusqu'à la pointe ; la bouche étant difficile à ouvrir, on a de la peine à bien diriger l'instrument, souvent on ponctionne un point quelconque de l'amygdale, il s'écoule un peu de sang, et cette petite saignée locale, tout en apportant au malade un certain soulagement ne le guérit pas. Mais M. Comby a montré par un grand nombre d'observations qu'il était beaucoup plus simple d'inciser l'abcès de l'amygdale avec la *sonde cannelée*. MM. Jalaguier, Veau, Mouchet et d'autres médecins ou chirurgiens ont conclu de même. Dans le procédé recommandé par M. Comby, il faut, après avoir effondré l'abcès avec la sonde cannelée, élargir l'incision avec une pince hémostatique, pour évacuer l'abcès. Ce procédé donne de bons résultats, l'enfant est immédiatement soulagé.

Mais il y a un autre instrument dont j'ai une pratique assez étendue, depuis dix ans, c'est la *pince à mors lisses*, de M. Lubet-Barbon, qui a d'abord été préconisée pour les pansements de la gorge et qui est appliquée maintenant d'une manière systématique au traitement des abcès amygdaliens. Son élève, M. Labernadie, a récemment précisé la technique spéciale qu'il conseille de suivre.

Selon moi, c'est l'instrument idéal pour explorer, inciser et évacuer les abcès amygdaliens. En la promenant sur le pilier antérieur, sur la fossette sus-amygdalienne, on arrive sur le point faible, prêt à s'abcéder, d'une manière automatique. On ouvre l'abcès facilement ; une fois que la pince a pénétré, il suffit de l'ouvrir légèrement pour évacuer l'abcès. C'est là une intervention toute simple, à la portée de tout médecin.

J'arrive à l'étude des ANGINES BLANCHES. Le plus souvent, nous avons affaire à des angines non membraneuses et présentant deux types cliniques : ou bien l'*angine pultacée*, caractérisée par un enduit blanc à la surface de l'amygdale, qui se délite dans l'eau, et s'accompagne de rougeur, ou bien l'*angine lacuno-cryptique*, dans laquelle les points blancs se dessinent sur chaque crypte de l'amygdale.

Ces deux types guérissent spontanément. Toutefois, il faut, comme pour l'angine érythémateuse, surveiller les troubles digestifs, mettre l'enfant à l'alimentation liquide, et donner quelques gargarismes. Ici encore, il est complètement inutile de recourir à la médication évacuante. Tout au plus peut-il être bon, lorsque l'angine est terminée, d'administrer une petite dose de sulfate de soude ou de magnésie ou de tout autre laxatif léger.

Dans le même chapitre rentre une forme spéciale d'angine aiguë de l'enfant, qui peut donner lieu à quelques erreurs de diagnostic, et qui s'accompagne de manifestations du côté de l'amygdale pharyngée ; c'est ce que M. Le Mée a appelé l'*angine rétro-nasale*. Elle est assez fréquente en temps de rhinopharyngites aiguës. Cette angine doit être surveillée, car, d'une part, il peut y avoir des phénomènes généraux intenses, du fait de l'adénoïdite et de l'obstruction du pharynx ; d'autre part, nous savons qu'il y a une forme de diphtérie, que M. Darré a récemment étudiée parmi les crypto-diphtéries, qui peut passer inaperçue et simuler assez bien l'angine rétro-nasale banale.

Lorsqu'une amygdalite aiguë traine et s'accompagne d'un mauvais état général, méfiez-vous d'une crypto-diphtérie possible.

De même, il faut se rappeler que, dans ces amygdalites aiguës, il y a plus facilement que dans les angines ordinaires complication d'otite parfois tenace et grave.

Il est nécessaire, chez les jeunes enfants, de mettre dans les narines un peu d'huile eucalyptolée ou goménolée, et de surveiller les oreilles. Fréquemment, l'enfant a besoin secondairement de l'intervention du spécialiste. Il ne convient pas de faire des lavages, contrairement à une opinion longtemps répandue. Comme disent les laryngologistes, coryza + lavage du nez = otite.

La véritable thérapeutique de ces angines érythémato-pultacées et lacuno-cryptiques est assez simple, surtout hygiénique.

En revanche, il y a des indications plus nettes, lorsqu'il s'agit d'*angines membraneuses*.

Je passe sur une angine particulière, mais plus rare qu'on ne l'a dit, l'*angine herpétique* ; elle est caractérisée par des vésicules d'herpès rapidement suivies de la présence de membranes blanches à contours polycycliques, avec fièvre élevée, et volontiers poussée d'herpès aux lèvres. Elle réclame le même traitement que l'angine lacuno-cryptique. Il faut simplement se rappeler

© BIU Santé

qu'il y a quelquefois des cas, surtout en milieu épidémique, dans lesquels la diphtérie simule l'angine herpétique. Dans les cas où l'angine est traînante, et quand les membranes tendent à se fusionner, il faut faire l'examen bactériologique et injecter du sérum dès que la présence de bacille de Lœffler est vérifiée.

Je signale ici une autre forme, l'*angine ulcéro-membraneuse de Vincent*, caractérisée par le développement, au niveau de la gorge, d'une ulcération plus ou moins étendue, recouverte d'une membrane dans laquelle pullulent des bacilles fusiformes et des spirilles. Nous en voyons dans la proportion de 1 à 2 % des angines qui entrent à l'hôpital. Ce sont des angines assez tenaces, ordinairement unilatérales, mais parfois bilatérales, avec une membrane blanc grisâtre ; l'ulcération sous-jacente est souvent assez douloureuse. Cette angine, liée à l'action directe et locale d'un agent spécial, est une des rares angines dans lesquelles le traitement local doit subsister. Depuis longtemps, on sait que l'angine ulcéro-membraneuse, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, cède aux applications de bleu de méthylène, soit en poudre, soit en solution à 1/20, aux applications iodées ou à la teinture d'iode en nature ; quand elle résiste à ces moyens, on emploie un traitement plus spécifique, celui des spirochétoses, le traitement arsenical. MM. Achard et Flandin ont montré qu'il suffit d'appliquer sur les amygdales de l'arsénobenzol (606) ou du novarsénobenzol (914), en dilution dans la glycérine pour traiter efficacement l'angine fuso-spirillaire. Mais il y a des cas où elle revêt une forme envahissante et nécrotique ; il faut alors faire un traitement général ; nous avons eu des cas de cet ordre dans le service, dans lesquels, avec MM. Pierre-Louis Marie et Brizard, nous avons fait des injections de novarsénobenzol intraveineuses ; elles ont donné des résultats remarquables, là où échouait le traitement local. Mon élève A.-M. Pereira leur a consacré sa thèse en 1921.

Il y a d'autres formes d'angines ulcéro-membraneuses. Ce sont les angines qu'on observe quelquefois dans la scarlatine à forme maligne, les *angines nécrotiques* décrites par Hénoch, *angines sphacélo-membraneuses* entraînant parfois la perte de l'amygdale et la perforation du voile du palais. MM. Méry et Hallé les ont étudiées particulièrement. Elles sont très graves ; pourtant, personnellement, j'ai observé une série de 6 cas, qui ont tous guéri. Pourquoi ? Parce que l'infection était moins grave, et parce que j'ai adopté une autre thérapeutique. Classiquement, on appliquait localement un caustique énergique, le chlorure de zinc au dixième. Ce traitement m'a semblé favoriser les phénomènes nécrotiques, loin de les diminuer. Il vaut mieux, selon moi, employer les grands lavages, les attouchements à l'eau d'Alibour en solution étendue, et éviter les caustiques trop énergiques. Pour les grands lavages, on emploiera l'eau oxygénée à 50 pour mille, ou la liqueur de Labarraque à 25 ou 50 pour mille, ou une solution phéniquée très étendue. De plus, dans cette forme d'angine, un élément secondaire intervient parfois, c'est la gangrène de la gorge. Par conséquent, la sérothérapie antigangréneuse peut être mise en œuvre et semble avoir parfois donné de bons résultats.

Enfin, j'arrive au chapitre le plus important des angines membraneuses, je veux dire à la DIPHTÉRIE, que nous devons soigner à l'aide de la sérothérapie, médication spécifique, qui nous donne des résultats merveilleux. La diphtérie doit être diagnostiquée à la fois par l'examen clinique et l'examen bactériologique, mais, suivant la règle de Marfan, il faut, dès le premier examen clinique, fixer l'indication de la première injection de sérum.

Le *sérum antidiphtérique* de l'Institut Pasteur doit être employé à assez forte dose. Les petits flacons de 10 et 20 cmc., qui comportent 5.000 unités antitoxiques par centimètre cube, ne représentent pas le plus souvent l'unité à employer en thérapeutique. Il faut largement dépasser et souvent décupler cette dose. Le sérum antidiphtérique doit être employé d'une manière *précoce*, *intense* et *prolongée*. *Il faut frapper vite*, *frapper fort*, *et frapper longtemps*.

1° Il faut *frapper vite*, parce que l'action du sérum antidiphtérique dépend de la précocité de l'intervention thérapeutique. Le tableau que je fais passer sous vos yeux montre que :

Le 2e jour, la mortalité est de moins de 10 % ;
Le 3e jour, la mortalité s'élève à 16 à 18 % ;
Le 4e jour, la mortalité s'élève a 20 % ;
Le 5e jour, la mortalité s'élève à 40 % ;
Le 6e jour, la mortalité dépasse 50 %.

Que voulez-vous que nous fassions chez un enfant qui arrive au pavillon de la diphtérie au dixième jour de la maladie, sans avoir reçu de sérum, ou l'ayant reçu d'une manière absolument insuffisante, par exemple l'ayant reçu par la bouche ?

Dans ces cas, il est évident que la maladie a fait des progrès considérables, que l'intoxication diphtérique s'est généralisée, que les centres nerveux sont touchés, et que le malade ou mourra rapidement de son angine, ou fera des complications graves, notamment des paralysies généralisées, qui pourront entraîner la mort.

Par conséquent, nécessité d'une intervention précoce, autant que possible, vers le deuxième ou troisième jour et importance d'un diagnostic rapide.

2° Il faut *frapper fort*, c'est-à-dire à doses suffisantes. Si la règle, fixée, il y a quelques années, par mon collègue Weill-Hallé, est d'injecter 250 unités antitoxiques par kilo, dans les diphtéries d'intensité moyenne, et 500 dans les diphtéries graves, il convient de dépasser beaucoup ces chiffres, car nous ne savons jamais qu'elle est l'intensité de la source de la diphtérie à laquelle nous avons affaire. Il faut faire des injections intensives, sans s'arrêter à l'âge de l'enfant, proportionner l'injection plutôt à la virulence de la maladie qu'au nombre d'années.

La *voie buccale* est absolument inefficace et c'est perdre du temps que l'employer, le sérum ne passant pas dans l'organisme, ou à doses infinitésimales.

La *voie sous-cutanée* est commode, excellente, parce que le sérum est absorbé et parce qu'aussi il est éliminé lentement, mais elle n'est pas très rapide, elle ne permet au sérum d'agir qu'à partir de la dix-huitième heure, et ce n'est qu'au bout de 3 jours que le sérum a pénétré dans les humeurs d'une manière suffisante pour agir pleinement. En revanche, il n'est éliminé qu'après 25 à 30 jours. C'est l'inverse pour la *voie intraveineuse*, dans laquelle l'absorption est immédiate, l'antitoxine est d'emblée en plein dans la circulation, mais dans laquelle, dès la douzième ou vingt-quatrième heure, le sérum est en voie d'élimination ou complètement éliminé. Par conséquent, la voie intraveineuse a une action très rapide, mais ce n'est qu'une action momentanée.

C'est la voie de choix dans certaines diphtéries malignes, très graves, à condition qu'on puisse la réaliser facilement, mais, comme elle exige certaines précautions, comme vous ne pouvez pas faire d'injections intraveineuses à un enfant sans savoir s'il n'a pas été piqué autrefois, sans diluer le sérum dans une quantité d'eau salée suffisante (20 à 30 cc. de sérum pour 120, d'eau physiologique), sans avoir soin de pousser l'injection très lentement, vous ne pouvez pas réaliser ces injections intraveineuses couramment, elles exposent à des accidents graves chez ceux qui ont été déjà injectés. C'est donc une thérapeutique d'exception.

En revanche, la *voie intramusculaire* est excellente ; elle se pratique dans la région fessière. Son action est assez rapide. De la cinquième à la huitième heure, le sérum est entré dans la circulation et peut neutraliser la toxine diphtérique, et au bout de 24 heures, l'action est au moins égale à celle des injections intraveineuses.

Par conséquent, il est d'une bonne pratique de faire d'emblée une injection intramusculaire au sujet atteint d'angine dyphtérique, mais non pas une injection intramusculaire seule, car, après 8 ou 10 jours, l'antitoxine serait éliminée complètement. Donc la prévention de la diphtérie ne serait pas suffisante. Il faut employer *la voie intra-musculaire associée à la voie sous-cutanée*, faire simultanément une injection sous cutanée.

A quelle dose ? Ceci dépend un peu des malades que l'on a à soigner. En général, il convient d'injecter 40 cmc. ou 50 cmc. d'emblée, par les deux voies, lorsqu'on a affaire à une angine diphtérique grave, et de répéter l'injection les jours suivants.

Je vous signale enfin la *voie rachidienne*, qui peut être utile dans le traitement des formes malignes et que M. Benhamou

© BIU Santé

(d'Alger), a récemment bien étudiée, mais qui n'est pas toujours d'application très simple.

3° Il faut *frapper longtemps*, prolonger l'action du sérum, car la diphtérie reste longtemps virulente dans la gorge ; il ne faut pas cesser dès que les membranes ont disparu, mais refaire des injections si l'angine a été grave, maligne ou submaligne, pendant sept jours jusqu'à l'apparition des accidents sériques (dans le but de prolonger l'immunité sérique).

Grâce à ce traitement, nous obtenons des résultats extrêmement favorables. Voici un tableau qui le montre : avant la sérothérapie, la mortalité par diphtérie était de 1.400 à Paris. Le sérum intervient en 1894. MM. Roux, Martin et Chaillou expérimentent aux Enfants-Malades, et déjà la mortalité tend à diminuer, puis elle diminue nettementlorsque la sérothérapie se généralise ; en 1895, elle tombe à 400 ; finalement, il n'y a plus que 130 cas par an de morts par diphtérie dans la ville de Paris, au lieu de 1.400. La mortalité a donc diminué des neuf dixièmes ; encore faut-il tenir compte de ce que de nombreux enfants n'ont pas été soumis, ou insuffisamment, à la sérothérapie ; le chiffre devrait être plus réduit encore.

Cette action manifeste, nous l'avons vue dans le pavillon de la diphtérie, où la mortalité est tombée à 4,52 % ces dernières années. Ces résultats sont d'autant plus significatifs que nous avons vu guérir des diphtéries malignes en nombre. Ces diphtéries malignes, qui désolaient Trousseau, Bretonneau et nos prédécesseurs, qui tuaient, quoi qu'on fasse,ou qui étaient si graves par leurs accidents ultérieurs, nous les avons vu guérir malgré certains accidents secondaires sériques, malgré les paralysies dans une proportion élevée, qui montre bien l'action remarquable du sérum.

Il y a trois catégories d'angines diphtériques : les angines larvées, les angines communes, et les angines graves.

Les *angines larvées* qui peuvent être herpétiques, lacuno-cryptiques ou érythémateuses, sont faiblement toxiques. Vous pouvez attendre pour faire l'injection ; sauf quelques cas, comme les crypto-diphtéries, comme l'angine lacuno-cryptique avec laryngite des tout jeunes enfants, qui est communément diphtérique, sauf ces cas, il n'y a pas lieu de s'alarmer et de faire du sérum trop tôt, on peut attendre la réponse du laboratoire.

Lorsqu'il y a une angine commune, une *angine diphtérique, vraie* et *évidente*, on peut attendre la réponse du laboratoire 18 à 20 heures ; néanmoins, si vous avez nettement votre diagnostic, n'hésitez pas et faites l'injection de sérum. Il y a avantage à traiter cette angine dès le début par le sérum ; et si elle n'était pas diphtérique, le mal ne serait pas grand ; il faut faire non pas 10, 20 ou 30 cmc., comme font beaucoup de médecins, mais, dès le premier jour 40 cmc. à 60 cmc. ; 40 cmc. le deuxième, puis 20 cmc. deux ou trois jours après. La thérapeutique de l'angine commune demande 100 à 200 cmc. de sérum, et n'exige aucun autre traitement. Donnez une alimentation légère, et faites faire des lavages de bouche, la guérison surviendra le plus souvent, naturellement, 48 heures après l'intervention du sérum.

L'*angine maligne* est tout autre. Lorsque vous voyez le sujet avec ces fausses membranes extensives et fétides, du jetage nasal, l'engorgement ganglionnaire marqué réalisant le cou pro consulaire, un mauvais état général, la pâleur, une albuminurie massive, dans ces cas, il faut agir très fort. Intervenez en faisant 40 cmc. de sérum par voie sous-cutanée et 40 cmc. par voie intramusculaire, parfois 50 cmc. Répétez cette dose de 80 à 100 cmc., comme l'ont dit Comby, Bosc, Perretière et Bouchet, Péhu et Durand, tant qu'il y a du blanc dans la gorge, c'est-à-dire pendant 4 à 6 jours ; n'arrêtez que lorsque la gorge reprend l'aspect normal. A ce moment, refaites 1 ou 2 injections, à 1 ou 2 jours d'intervalle, pour prolonger le temps d'immunité sérique, et faites ainsi 400, 500 cmc. de sérum et, davantage, dans les 3 ou 4 premiers jours.

Ici encore, très peu de traitement local. Sont utiles quelquefois de grands lavages avec de l'eau oxygénée diluée ou de la liqueur de Labarraque diluée, mais n'insistez pas, car vous avez affaire à des sujets très fatigués, souvent irritables et qu'il convient de ne pas énerver par une séance de lavage.

Ajoutez toutefois deux médications. Il peut être utile de faire des *injections d'extrait surrénal* ou de donner l'*adrénaline* par la bouche, car il y a souvent, dans l'angine maligne, de l'insuffisance surrénale et il faut lutter contre elle.

D'autre part, il peut être bon d'injecter de l'*huile camphrée* pour soutenir le cœur, et de faire prendre de la *strichnine*. La strychnine est un médicament qui agit très efficacement sur les paralysies diphtériques, et empêche leur extension et leur généralisation par le tonus qu'il imprime au système nerveux ; on donne la strychnine à la dose de 1/2 milligramme, au début, puis 1 ou même 2 milligrammes à l'enfant qui le supporte bien.

Avec cela, alimentation régulière, liquide, mais suffisante pour soutenir les forces du petit malade. Par d'autres médications, et naturellement, ici encore, pas de purgatifs ni de vomitifs.

Y a-t-il des *contre-indications à la médication sérique* ? Pas beaucoup. Quand la diphtérie est grave, il ne faut pas tenir compte des contre-indications. Rappelez-vous toutefois qu'il faut, chez les enfants qui ont été déjà injectés, employer la méthode de Besredka, qui consiste à injecter un demi-centimètre cube, puis 1, 2 cmc., d'heure en heure, avant de faire l'injection totale, et qu'il faut faire celle-ci très lentement.

Rappelez-vous qu'il y a des sujets particulièrement aptes aux accidents sériques ; ce sont les *asthmatiques*. Sans doute, il ne faut pas leur refuser le bénéfice du sérum, mais il faut procéder avec une extrême prudence dans la première injection, car elle est susceptible de produire des phénomènes graves, et les accidents dus à la sérothérapie préventive ont eu lieu tous chez des asthmatiques. Retenez donc cette contre-indication relative, mais ne la considérez pas comme absolue et réserve faite de ces cas, rappelez-vous les effets vraiment merveilleux de la sérothérapie dans la diphtérie.

Les *angines pseudo-membraneuses non diphtériques* sont assez fréquentes. Elles sont de nature pneumococcique, quelquefois de nature streptococcique (scarlatine). Dans ces cas, on fera des grands lavages, pas de sérothérapie, mais celle-ci n'a aucun inconvénient si, dans le doute on est amené à la faire.

Deux mots sur une variété particulière d'angines, les *pharyngo-mycoses*. Il y a quelquefois dans la gorge des champignons, qui produisent un enduit blanchâtre ; tel est le *muguet*, qui cède aux attouchements de bleu de méthylène et aux soins de propreté. Puis, ce sont les *angines à leptothrix*, qui ont été étudiés par MM. Meunier et Berthrand, par MM. B. Weill-Hallé et Pierre-Louis Marie, dans mon service ; nous en voyons périodiquement au moins 3 ou 4 cas par an. Ce sont des angines dans lesquelles, il y a des points blancs dans la gorge, enchâssés comme des fragments d'amande. Ils peuvent être très confluents et tenaces. Ils font le désespoir de la thérapeutique, car rien n'agit, mais ils n'ont pas de gravité. Nous faisons faire des attouchements avec une solution à 1/100 ou 1/200 de nitrate d'argent, et lorsqu'elles sont trop tenaces, nous les faisons enlever chirurgicalement par une amygdalotomie.

Inversement, il est des angines graves, aboutissant à des diphtéries malignes et des angines nécrotiques mal traitées ou puantes ; ce sont les *angines gangréneuses*.

Jusqu'à ces dernières années, nous n'avions aucune thérapeutique active à leur opposer, et elles entraînaient fatalement la mort.

Actuellement, nous savons que les angines gangréneuses sont justiciables d'un traitement particulier, c'est le traitement par le *sérum antigangréneux* (composé de sérum anti-œdématiens, anti-perfringens, anti-vibrion, âà 20 cmc.), additionné d'un peu de sérum antistreptococcique.

On a publié une série de cas de guérison de l'angine gangréneuse par le sérum anti-gangréneux. M. Tixier, notamment, en a rapporté un bel exemple. Vous voyez ici encore un exemple de médication générale d'une affection locale, analogue à ceux que je vous ai cités et qui fait bien saisir la modification générale apportée au traitement des angines.

Je dois vous dire encore un mot du traitement des *suites d'une angine*. Il faut se rappeler que les angines, même bénignes, peuvent entraîner des otites, des adénites, des complications locales, qui peuvent nécessiter un traitement, que surtout certaines angines tenaces, à répétition, peuvent entraîner des complica-

© BIU Santé

tions plus lointaines et qu'il n'est pas rare de voir des albuminuries post-angineuses, qu'on peut voir du rhumatisme, parfois des endocardites, et même de véritables septicémies. Par conséquent, il est bon de ne pas considérer comme une chose absolument insignifiante une angine à répétition, et lorsqu'un enfant fait des angines à répétition, parce qu'il a de mauvaises amygdales, avec des cryptes qui s'infectent, il faut recourir à l'intervention du spécialiste, du chirurgien. Toutefois, il faut se rappeler que cette action, — amygdalotomie pour lutter contre les angines à répétition, ablation des végétations pour lutter contre l'angine rétro-nasale, — ne doit être faite que lorsque la température est tombée, le malade guéri, sinon on s'expose à un désastre.

Vous voyez qu'en matière d'angines aiguës et diphtériques, nous avons un traitement singulièrement actif avec lequel on peut sauver littéralement les malades. Qu'il s'agisse d'angines phlegmoneuses, d'angines gangréneuses, d'angines ulcéro-membraneuses envahissantes, il y a toute une série de circonstances dans lesquelles votre action thérapeutique est véritablement efficace, et, on peut le dire, victorieuse ; vous comprenez, par conséquent, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, combien le médecin doit être satisfait de suivre ses malades et d'intervenir ainsi et comment le scepticisme en thérapeutique serait ici regrettable, puisqu'une sérothérapie bien appliquée, un traitement logique et opportun peuvent sauver la vie.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

CONFÉRENCE D'ANTHROPOLOGIE

La vraie et la fausse spina-bifida (1)

Par le Dr **Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL** (de Tours).

Nulle question n'a été aussi embrouillée que celle de la *spina-bifida*. On a confondu, à l'aide d'une nomenclature à termes barbares, des choses qui sont tout à fait différentes. C'est à bien séparer des faits d'ordres disparates que je vais m'appliquer dans cette étude.

Il faut distinguer : 1) la *vraie sptna-bifida*, qui est caractérisée par la non fermeture, en arrière de l'arc neural, due à un trouble d'origine médullaire ; 2) la *fausse spina-bifida* caractérisée par une ossification incomplète de l'arc neural lequel forme un canal ostéo-fibreux.

I. La vraie spina-bifida

FORMATION DU TUBE NERVEUX. — Rappelons que le tube nerveux se forme aux dépens de l'ectoderme par trois stades successifs.

A) A la région postérieure de l'embryon apparaît un épaississement longitudinal de l'ectoderme. C'est la plaque médullaire. Cette plaque se creuse bientôt en gouttière, celle-ci formée par deux moitiés symétriques séparées par une portion médiane plus mince située en arrière de la chorde. Puis les bords de la gouttière se soulèvent en formant des sortes de crêtes ou replis appelés lames dorsales. Ces lames sont constituées par deux feuillets réunis à l'angle aigu, l'un externe, se continue avec l'ectoderme général, l'autre, interne, est le feuillet médullaire.

B) Les deux lames dorsales s'accroissent, se rapprochent, et arrivent au contact formant la gouttière médullaire. Leurs feuillets de même nom s'unissent entre eux : les feuillets externes se fusionnent et recouvrent d'une lame continue les feuillets médullaires, qui se sont soudés entre eux et forment dès lors un tube nerveux.

(1) Conférence faite le 29 février 1924 à l'École d'anthropologie de Paris.

Les statistiques et les documents signalés ont été réunis à l'Institut anatomique de l'École de médecine de Tours.

C) Ce tube nerveux perd toutes connexions avec l'ectoderme ; il s'entoure d'une enveloppe, dérivée des couches internes du tissu mésodermique, qui sera la pie-mère.

ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT DU TUBE NERVEUX. — Des troubles de développement peuvent se produire à chacun des trois stades que nous venons de décrire.

A). La plaque neurale peut persister, ou mieux la gouttière médullaire peut ne pas se fermer. La nappe médullaire reste étalée. L'épiderme du dos offre une solution de continuité plus ou moins large, dans laquelle on aperçoit à nu la pie-mère. Cette non fermeture de la gouttière peut être *totale*, c'est-à-dire occuper toute la hauteur du rachis ; c'est une malformation incompatible avec la vie et qui n'a été observée seulement que sur des fœtus monstrueux. Plus souvent elle est *partielle* n'occupant qu'une petite région du rachis ; celle-ci est plus souvent la région lombo-sacrée.

B et C.) La gouttière médullaire s'est fermée en tube, mais reste accolée à l'ectoderme, ou a conservé avec celui-ci des connexions plus ou moins lâches. Dans ces cas nous aurons trois degrés :

a) Une tumeur faisant saillie en arrière, recouverte par une peau présentant des troubles tels que minceur extrême, vascularisation défectueuse, couleur lie de vin, développement de poils, absence de formations glandulaires, etc.

b) Une tumeur non saillante, mais formant sous la peau une masse rénitente ; la peau elle-même a pris ses caractères normaux.

c) Un simple tractus fibreux vertical réunissant la moelle ou son enveloppe pie-mérienne à la peau, sur une hauteur plus ou moins grande.

Les anomalies médullaires vont former des obstacles au rapprochement, puis à la fusion en arrière, des lames vertébrales. Celles-ci resteront séparées l'une de l'autre par une distance plus ou moins grande, parfois réduite à un interstice linéaire large d'un ou deux millimètres, et sur une hauteur d'une ou de plusieurs vertèbres.

Toutes les régions du rachis peuvent présenter de telles fissures de l'arc neural en arrière, mais les points les plus souvent atteints sont les lombes et la partie inférieure du cou.

Il y a là une vraie *spina-bifida*, une bifidité de l'épine vertébrale. L'arc neural ne s'est pas fermé par suite du trouble du développement de la moelle.

2° La fausse spina-bifida

On donne le nom de spina-bifida à des apparences radiographiques montrant une ouverture de l'arc postérieur des vertèbres, ou à des dispositions anatomiques reconnues sur des squelettes dépouillés de leurs parties molles.

Ce sont là de *fausses spina-bifida*, car dans ces cas, l'arc neural n'est pas ouvert en arrière, l'épine n'est pas bifide, mais cet arc, au lieu de former un anneau exclusivement osseux, forme un anneau ostéo-fibreux.

ROLE PHYSIOLOGIQUE DU RACHIS. — Le rachis a un double rôle physiologique à jouer. Il forme l'axe osseux du corps ; il protège par l'arc neural et le canal neural, la moelle épinière.

Ce rôle de protection n'est complet que sur toute la hauteur du rachis correspondant à la moelle c'est-à-dire jusqu'au 2e ou 3e métamère lombaire. Au-dessous de ce dernier métamère le rôle protecteur du rachis est secondaire ; le canal vertébral ne contient plus que les racines de la queue de cheval qui sont des éléments durs et infiniment moins fragiles que la moelle.

A l'autre extrémité du rachis, l'atlas est une vertèbre surtout articulaire, qui protège peu la moelle. Son arc postérieur mince sous-tend le grand voile fibreux occipito-axoïdien dont le rôle est important dans les mouvements de flexion de la tête.

C'est aux deux extrémités du rachis que nous trouvons des variations importantes de l'arc neural, et c'est en

© BIU Santé

s'appuyant sur le rôle physiologique du rachis qu'on peut expliquer l'apparition de ces variations.

LES VARIATIONS LOMBO-SACRO-COCCYGIENNES. — A partir du troisième métamère lombaire, l'arc neural est souvent incomplètement ossifié. Il est complété en arrière par des tractus fibreux : ceux-ci s'insérant en avant sur les lames s'épanouissent en éventails qui se rejoignent sur la ligne des épines et se fixent sur des trousseaux verticaux solidement fixés aux apophyses épineuses. Le canal neural n'est donc plus complètement osseux, il est ostéo-fibreux.

Le *coccyx*, qui est devenu le squelette du plancher pelvien, ne possède ni arc neural, ni canal neural.

Au *sacrum*, le canal neural est souvent converti en un canal ostéo-fibreux.

Au niveau de la	5e	vertèbre —	60 fois sur	100 sujets
—	4e	—	22	—
—	3e	—	12	—
—	2e	—	4	—
—	1e	—	8	—

Aux *lombes*, la variation se rencontre

Au niveau de la	5e	vertèbre —	14 fois sur	100 sujets
—	4e	—	3	—
—	3e	—	1	—
—	2e et 1re	—	néant	

Plusieurs vertèbres peuvent présenter en même temps cette variation. Il se forme au sacrum un hiatus plus ou moins haut suivant le nombre des vertèbres. Ce hiatus, de forme triangulaire à pointe supérieure, peut occuper deux, trois, quatre et même les cinq vertèbres sacrées. Nous avons vu un hiatus occupant toute la hauteur du sacrum et les deux derniers métamères lombaires, c'est-à-dire sept vertèbres consécutives.

On voit souvent un hiatus occupant les trois derniers métamères sacrés, coïncidant avec un hiatus de la première pièce. La deuxième pièce a un arc complet.

Cette deuxième pièce sacrée est la moins souvent atteinte. On sait que cette vertèbre est par excellence la pièce articulaire sacro-iliaque. Comme l'a fait remarquer Topinard, c'est la plus fixe des pièces sacrées et la plus solide. Les lames postérieures en s'unissant forment un arc-boutant qui fortifie cet élément et lui permet de supporter les pressions latérales.

En dehors des hiatus postérieurs, on remarque souvent une ouverture entre les arcs neuraux des 1er et 2e métamères sacrés, ou des 2e et 3e métamères. Ces ouvertures sont comblées par des éléments analogues aux ligaments jaunes. Cette disposition est fréquente dans les cas de lombalisation incomplète de la première vertèbre sacrée. Ici encore le canal neural est incomplètement osseux.

A la radiographie toutes ces variations donneront l'apparence de fissures vertébrales et c'est pourquoi une infinité d'auteurs ont appelé ces dispositions des spina-bifida. Nous insistons sur ce fait que ce ne sont là que des apparences. Il n'y a pas de bifidité de l'épine, mais un canal vertébral ostéo-fibreux. Le terme de spina-bifida est donc un non sens anatomique et il faut absolument le bannir.

L'ATLAS. — Nous avons dit que l'atlas était surtout une vertèbre articulaire occipito-rachidienne. Son rôle de protection médullaire est incomplet. Aussi son arc postérieur est-il sujet à des variations extrêmement fréquentes, portant sur son volume, son épaisseur, sa hauteur.

Cet arc postérieur est souvent ouvert. Les deux lames ne se rejoignent pas. L'espace qui les sépare est occupé par un trousseau fibreux horizontal.

Nous avons étudié dans notre travail sur L'*Atlas* (1 vol. Paris, Vigot, 1921) la fréquence de cette variation. Nous l'avons trouvée 7 fois sur mille sujets.

A la partie proximale du rachis, le canal vertébral est donc surtout fibreux et fermé en arrière par le ligament occipito-axoïdien. Cette large lame ligamenteuse constituée par des fibres verticales est comme sous-tendue par l'arc postérieur de l'atlas.

Lorsque l'atlas, dans les cas de synostose occipito-atloïdienne, a perdu une grande partie de sa fonction physiologique, il est de règle que son arc postérieur soit incomplet.

Tellement il est vrai que c'est par la physiologie qu'il convient d'expliquer ici les variations du rachis.

En résumé donc :

Tant que le rachis a un rôle protecteur à jouer vis-à-vis de la moelle, le canal vertébral est complètement osseux. Lorsque ce rôle protecteur cesse à partir de la 3e lombaire, ou au niveau de l'atlas, le canal vertébral est souvent converti en un canal ostéo-fibreux.

NOTES

1) *L'hypertrichose lombo-sacrée et la spina-bifida.* — Dans la spina-bifida vraie la peau mal organisée est très souvent le siège d'une hypertrichose.

Dans la spina-bifida fausse l'hypertrichose est une coïncidence. Nos recherches personnelles ont permis de constater :

Sur le vivant, 12 sujets hypertrichosiques n'ont présenté que deux fois un canal neural ostéo-fibreux ;

Sur 6 sujets présentant à la radiographie un hiatus lombo-sacré, deux seulement avaient des poils lombo-sacrés.

Un garçon de 7 ans et une fillette de 12 ans présentant des touffes lombaires avaient un rachis normal. Par contre deux frères de 12 et 16 ans offrant à la radiographie un canal ostéo-fibreux n'avaient pas de poils lombo-sacrés.

Sur le cadavre. — Sur 8 adultes ayant des touffes de poils aux lombes (5 hommes et 3 femmes) trois hommes seulement et une femme présentaient un canal vertébral ostéo-fibreux.

Deux cas de canal ostéo fibreux n'étaient pas accompagnés d'hypertrichose de la région.

2) *Rapports pathogéniques entre la spina-bifida et certaines affections des membres.* — Dans la vraie spina-bifida par trouble médullaire, on voit souvent associées des lésions de la région et des membres situés au-dessous de la malformation. C'est ainsi que des lésions atrophiques, l'incontinence d'urine, des pieds bots, des pieds creux, des pieds plats peuvent être la conséquence de la spina-bifida.

Mais dans la fausse spina-bifida, il n'y a très probablement pas une corrélation entre la variation du rachis et les variations des membres.

Ce qu'on peut dire c'est que le voile fibreux qui complète le canal vertébral est quelquefois un organe de protection insuffisant pour les éléments nerveux contenus dans ce canal. Des pressions fortes, des chocs, des contusions, peuvent dans certains cas occasionner des lésions de ces éléments nerveux. Nous en avons eu un exemple pendant la guerre : dans un éboulement un homme eut sa région lombo-sacrée comprimée par un pieu, de telle façon qu'il en résulta des troubles paralytiques des membres inférieurs, la radiographie démontra la présence d'un grand hiatus de tout le sacrum.

Ce sont là des exceptions.

Les états dépressifs et la neurasthénie, par le docteur Maurice de FLEURY, 1 vol. in-16, avec une préface sur la *Classification des Psychoses*. 8 francs (Librairie Félix Alcan).

L'ouvrage que publie aujourd'hui M. Maurice de Fleury résume et condense sa longue expérience des psycho-névroses. Pendant la guerre, au service Central psychiatrique du Val-de-Grâce, il a analysé des milliers d'états dépressifs, émotifs, hypocondriaques, qu'il a comparés aux cas de neurasthénie vraie. Ces observations ont abouti à une classification vraiment scientifique où chaque névrose trouve son diagnostic, son pronostic, son traitement approprié. Les conseils d'hygiène et de thérapeutique découlent naturellement de ces précisions. Jamais l'auteur célèbre de *l'Introduction à la Médecine de l'Esprit*, de *l'âme du Criminel*, des *Grands Symptômes neurasthéniques*, du *Corps et l'âme de l'enfant*, n'a écrit de pages plus fortes ni mieux à la portée de tous, ni plus persuasives.

L'ouvrage est précédé d'une belle étude de philosophie psychiatrique *sur la Classification des Psychoses*.

© BIU Santé

PRATIQUE CHIRURGICALE

Le varicocèle tubo-ovarien

Par Pierre DUHAIL

Quoique le varicocèle tubo-ovarien soit une affection rare, sa description clinique et son traitement nécessitent une étude assez détaillée et l'on est surpris de ne pas voir mentionner plus souvent cette affection dans les Traités de Gynécologie. Il ne sera pas question ici de la dilatation variqueuse des veines du ligament large causée par une lésion de voisinage, qu'elle soit utérine ou annexielle. Mais près de ces cas manifestement secondaires, il se développe chez la femme des varices pelviennes dont il est bien difficile de définir la cause : il s'agit alors véritablement d'un varicocèle essentiel.

C'est une affection à laquelle on ne pense pas et qui, même pour les médecins avertis, est d'un diagnostic extrêmement difficile : nous n'en voulons pour preuve que les observations rapportées par Cotte et Mlle Zezditch.

En général le varicocèle tubo-ovarien se rencontre chez des femmes en pleine activité génitale ayant eu des grossesses et chez lesquelles depuis longtemps déjà existait un certain degré de congestion pelvienne. L'affection se caractérise par une sensation de pesanteur dans le pelvis, souvent par une douleur vive et lancinante presque toujours irradiée vers la région lombaire gauche. Ces manifestations douloureuses s'accompagnent fréquemment de ténesme vésico-rectal : elles sont augmentées par la constipation et surtout s'exagèrent dans la période prémenstruelle. Caractère très particulier, cette douleur devient très vive dans la station debout et surtout pendant la marche, elle disparaît par le décubitus dorsal pour reparaître quand la malade se lève.

D'autre part, Costano insiste sur la dyspareunie ou douleur érotique, due à la congestion veineuse des plexus périclitoridiens, exacerbant les désirs de la femme qu'elle ne peut d'ailleurs pas satisfaire, le coït étant extrêmement douloureux. Du reste il n'est pas rare de rencontrer en même temps des varices des organes génitaux externes, des membres inférieurs et de l'anus.

Souvent les règles sont abondantes et prolongées et dans l'intervalle menstruel la femme a des pertes blanches. En somme, c'est le tableau d'une congestion du pelvis ; il faut le toucher pour permettre de reconnaître la tumeur pelvienne seul signe vraiment probant. Et cependant bien souvent on ne le rencontre pas. En effet c'est une tumeur molle, légèrement rénitente, la pression en est un peu douloureuse, elle augmente par la station debout, diminue ou disparait complètement dans le décubitus horizontal : ces deux signes sont vraiment pathognomoniques. On conçoit ainsi pourquoi il est exceptionnel de reconnaître un varicocèle au cours d'une opération sur le petit bassin, la malade étant dans ce cas en position de Trendelenburg.

Le toucher vaginal du reste est souvent douloureux, en particulier lorsqu'on comprime les parois du vagin sur les releveurs. L'examen devra être minutieux et renouvelé : si l'on suspecte un varicocèle tubo-ovarien, il faut faire le toucher en position debout puis immédiatement après en position couchée et attendre quelques instants pour renouveler une troisième fois un examen encore en décubitus dorsal. C'est seulement à cette condition que l'on peut espérer reconnaître la maladie. On comprend en effet combien l'erreur peut être facile avec des affections beaucoup plus communes telles que l'ovarite scléro-kystique ou la retroversion.

Il est à peine nécessaire de rappeler que le plexus veineux utéro-ovarien aboutissant à droite dans la veine cave inférieure, à gauche dans la veine rénale, est situé dans l'épaisseur du ligament large noyé dans un tissu cellulaire très lâche. C'est ce qui explique qu'il peut se produire des ruptures variqueuses avec constitution d'un hématome dans l'intérieur du ligament. Les ramifications veineuses communiquent entre elles très facilement, elles n'ont que de rares valvules, presque toujours insuffisantes : c'est une disposition naturellement très favorable à la dilatation veineuse, en particulier chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses et chez celles qui sont habituellement constipées. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour expliquer la formation du varicocèle tubo-ovarien et sa rareté. La congestion pelvienne est due, pour Costano, à la syphilis, qu'elle soit héréditaire ou acquise ; c'est à elle qu'il faut rapporter la sclérose veineuse entraînant bientôt de la périphlébite et finalement amenant l'apparition du varicocèle.

D'autres ont mis en cause l'arthritisme ou bien ont plaidé l'origine congénitale par anomalie de développement du système veineux.

Chalier et Dunet admettent que le varicocèle est fonction de la congestion pelvienne et que celle-ci est due à un hyperfectionnement ovarien en rapport avec une production exagérée de cellules lutéiniques. Pour ces auteurs, en effet, dans l'affection qui nous occupe, il existe des lésions d'ovarite scléro-kystique caractérisées par l'atrésie folliculaire aboutissant à l'hyperplasie des cellules à lutéine. Cependant dans les statistiques de varicocèle tubo-ovarien publiées par Schubert et par Engelmann on est frappé de voir la rareté relative des lésions d'ovarite scléro-kystique.

D'autres auteurs, au contraire, font de l'ovarite une lésion secondaire au varicocèle ; ils se basent sur ce qui se passe chez l'homme où il n'est pas rare de rencontrer une atrophie testiculaire du côté où existe une dilatation variqueuse des veines du cordon.

Le traitement du varicocèle tubo-ovarien douloureux doit presque toujours être chirurgical, c'est le seul vraiment efficace.

La médication du système veineux (marron d'Inde, hamamélis) pourra donner quelques soulagements. Le port d'un pessaire pourra amener une amélioration momentanée. Parfois il y aura lieu d'essayer un traitement hydro-minéral tel qu'il se pratique à Bagnoles-de-l'Orne. Mais le véritable traitement reste essentiellement opératoire.

La ligature veineuse est insuffisante. Il faut pratiquer la résection aussi large que possible. Plusieurs procédés ont été préconisés.

Sencert incise le ligament large le long de son bord supérieur entre le méso-salpinx et le mésovarium ; il isole les gros paquets veineux et les lie du côté utérin d'abord puis vers la partie externe du ligament large. Il solidarise ensuite les deux groupes de fils, ce qui rétrécit considérablement le ligament.

Costano se porte directement vers le ligament infundibulo pelvien, c'est à ce niveau qu'il dissèque et résèque les paquets variqueux pour interrompre plus sûrement le trajet veineux.

D'autres auteurs, tels que Emge et Engelmann, se contentent de fixer l'utérus avec ou sans raccourcissement ligamentaire mais sans résection veineuse.

La résection veineuse est, à notre avis, le procédé de choix et donnera d'excellents résultats à condition qu'on complète l'intervention par une fixation de l'utérus.

Lorsque le varicocèle s'accompagne de lésions annexielles importantes, le problème thérapeutique est beaucoup plus difficile. En effet, nous avons vu qu'on ne pouvait actuellement préciser les rapports existant entre l'ovarite et le varicocèle et l'on est en droit de se demander si une simple résection veineuse suffit à guérir la malade ou s'il faut y joindre une oviarotomie Celle-ci peut être pratiquée sans inconvénient quand elle est unilatérale. Mais on comprend qu'il faut se laisser guider uniquement par l'examen des organes pratiqué au cours même de l'intervention.

Nous n'avons eu en vue au cours de cette étude que le varicocèle dit essentiel, de diagnostic extrêmement difficile et qui souvent est méconnu. L'intervention chirurgicale donne ici des résultats très satisfaisants. Quant au varicocèle secondaire aux lésions utérines ou annexielles il n'a pas d'individualité propre, il n'est en somme qu'une complication de l'affection causale et nécessite le même traitement que celle-ci.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

ALVARADO WALL (Santiago. Chili). — Pelvic varicocèle. *Surgery Gynécology and Obstetrics.*, juillet 1916, p. 62-65.

BUDIN. — Thèse d'agrégation. 1875.

CAMUSET. — Thèse de Lyon, 1903 : Contribution à l'étude du varicocèle tubo-ovarien.

CHALIER et DUNET. — Le varicocèle tubo-ovarien essentiel : essai de pathogénie. *Gynécologie et Obstétrique* ; 1920, t. I. p. 239-249.

COL. — Varicocèle in the female *American Journal of Obstetrics.*, mars 1883.

COSTANO. — Varicocèle pelvien. *La Prensa medica argentina*, décembre 1921.

COSTANO. — Varicocèle pelvien : son diagnostic, son traitement ; une nouvelle opération pour la cure du varicocèle pelvien. *Revista espanola de Obstetricia y Gynécologia*, juillet 1921.

COTTE et Mlle ZEZDITCH. — Contribution à l'étude du varicocèle pelvien. *Gynécologie et Obstétrique*, 1923. t II, n° 3.

DARNALL. — *Medicine and Surgery.*, août 1917.

DEVALZ. — Thèse Paris 1858 : Du varicocèle pelvien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine.

DUDLEY. — Communication à la 3e session de l'Association des membres du Woman's Hospital, 1888.

EMGE. — Varices du pelvis chez la femme. *Surgery, Gynecology and Obstetrics.* Chicago, t. XXXII, février 1921, p. 133.

ENGELMANN. — Manifestation clinique du varicocèle du ligament large. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 4 mars 1922, p. 329.

FOTHERGILL. — Varicocèle chez la femme *British medical Journal.* 3 déc. 1921.

KELSALL. — Varices du ligament large ou du plexus pampiniforme de la femme. *American Journal of Surgery*, janvier 1921, p. 8,

PINKHAM. — Varicocèle pelvien: *American Journal of Obstetrics*. 1915 vol. 72, p. 244.

POZZI. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1er mai 1914.

RICHET. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.

ROUSSEAU. — Thèse 1892.

SENGERT. Le traitement du varicocèle tubo-ovarien intra ligamentaire. *Archives mensuelles de gynécologie et d'obstétrique.* janvier 1914, p. 15.

SCHUBERT. — La signification du varicocèle de la femme. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1922, n° 41.

ZINK. — Meeting of the American medical Association, 1914.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Ministère de l'Hygiène.

Le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale avait été créé en 1920. Son autonomie vient de prendre fin : qu'il soit permis au « PROGRÈS MÉDICAL » qui s'était réjoui de sa constitution, réclamée par tous depuis Littré, de regretter sa passagère disparition.

Le Ministère de l'Hygiène fut occupé par trois titulaires, M. Breton, M. Leredu, M. Paul Strauss. Si tous trois firent preuve du même dévouement, nous ne chagrinerons personne en disant que, spécialisé depuis de longues années dans l'étude de ces questions, M. Paul Strauss leur donna une importance et un éclat qui associeront étroitement son nom, dans l'histoire hospitalière et sanitaire de la IIIe République, à celui à jamais illustre de Téophile Roussel.

En arrivant au Ministère, M. Paul Strauss connaissait toutes les matières qu'il allait avoir à traiter. Cette spécialisation rare allait lui permettre, par un labeur incessant, de promouvoir toutes ces questions d'assistance et d'hygiène qui sont au premier rang de la vie sociale actuelle et de tracer de mains de maître le programme des réalisations de demain.

Qu'il s'agisse des œuvres de puériculture, et de protection du 1er âge, de repopulation, de prophylaxie des maladies contagieuses, d'habitations à bon marché, ou de l'aide indispensable à la petite propriété, de la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés, d'urbanisme même, il n'est aucun point qu'il n'ait frappé de son empreinte, et rien ne sera fait longtemps en ces matières qui ne se réclamera de lui.

Sans doute les difficultés financières de l'heure ont-elles retardé la marche du progrès, mais ne convenait-il pas de laisser le nautonnier averti conduire la barque avec compétence et prudence jusque dans le port !

C'est que le Ministère de l'Hygiène est mort des fautes commises à sa naissance.

Lorsque de sa constitution, on détacha les services d'hygiène et d'assistance du Ministère de l'Intérieur, les services de la Mutualité et de la Prévoyance du Ministère du Travail, comment ne vit-on pas à cette époque l'insuffisance de cette conception ?

Tous les spécialistes avaient signalé l'éparpillement dans les divers départements ministériels des attributions sanitaires les plus variées ; on en trouvait à l'Instruction Publique, au Commerce, aux Colonies, à la Guerre, etc ; bref partout.

Au lieu de grouper dans un grand ministère de la Santé Publique ces diverses attributions, on les y isola au hasard des textes législatifs ou réglementaires qui les y dispersèrent depuis l'époque révolutionnaire, — et le Ministère fut constitué — ! Qui ne voit la faiblesse de cette réalisation insuffisante et si souvent bâtarde !

Pour y ajouter les services d'hygiène ainsi « groupés » étaient installés, les uns rue St-Romain, les autres rue Cambacèrès, les autres rue de Grenelle, augmentant les difficultés de la tâche et donnant à l'institution même une impression de précarité qui n'était pas pour la fortifier !

Les milieux médicaux n'en déploreront pas moins la disparition, qu'ils espèrent momentanée, de cet organisme, où toutes les bonnes volontés avaient pris l'habitude de se grouper dans un effort commun de solidarité sociale — et aussi celle du Ministre éclairé qui ne craignait pas de se mêler à eux, de les consulter, qui affirmait en chaque occasion que le médecin praticien était l'auxiliaire indispensable des Pouvoirs Publics en matière d'assistance et d'hygiène.

R.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1924

Note sur deux calculs rénaux. — *M. P. Bazy* présente deux calculs du rein qu'il vient d'opérer avec succès chez deux hommes, l'un de cinquante-neuf ans, l'autre de trente-sept ans.

Après des considérations d'ordre purement technique, il insiste sur les indications qui furent : chez l'un, la douleur réellement insupportable quoique le calcul fût très petit ; chez l'autre, surtout les accidents infectieux. La douleur paraît liée à la mobilité du calcul.

Il revient à nouveau sur la rapidité quelquefois assez grande, et la différence, suivant les sujets, de l'accroissement des calculs.

Il parle de récidive possible à longue échéance et de l'influence que peut exercer le régime sur la production de l'acide urique chez les personnes atteintes de tuberculose des poumons, des ganglions, des os ou du tissu conjonctif.

La fréquence de l'avortement tubaire. — *M. Lejars*, en relatant 113 laparotomies pratiquées depuis quatre ans pour des accidents de grossesse tubaire, insiste sur la fréquence de ces grossesses ectopiques, et en particulier des avortements tubaires sans rupture, des fausses couches tubaires qui peuvent donner le change, dans leurs formes initiales, avec la fausse couche utérine.

Elles se traduisent par des collections sanguines rétro ou latéro-utérines, parfois volumineuses ; plus souvent par des hématosalpinx ou des hématocèles latérales.

Il arrive encore que l'on découvre, au cours de laparotomie, des reliquats d'avortements tubaires méconnus qui ont laissé un petit conglomérat sanguin intratubaire, un petit kyste hématique appendu au pavillon, une plaque d'infiltration sanguine dans le cul-de-sac de Douglas.

A rassembler ces faits, qui se multiplient, au moins dans certains milieux d'observation, on en vient à reconnaître une fréquence de plus en plus frappante de ces grossesses tubaires et l'on peut se demander si une part plus large ne devrait pas être faite, dans leur origine, aux influences mécaniques qui procèdent des conditions de la vie moderne (transports, travail, sports).

Chirurgie du rein en fer à cheval. — *M. F. Legueu* a eu dix fois l'occasion d'opérer un rein en fer à cheval, trois fois pour calcul, une fois pour hydronéphrose, une fois pour kyste hydatique et cinq fois pour tuberculose.

Deux facteurs rendent en pareil cas la néphrectomie possible : c'est l'indépendance vasculaire et l'indépendance pathologique entre les deux segments adjacents. La tuberculose, en particulier, se localise toujours d'un côté sans empiéter sur l'autre. Et en faisant la néphrectomie d'un côté, on n'est pas exposé à laisser dans l'autre segment une tuberculose susceptible de l'envahir.

Au cours de la néphrectomie, il y a de nombreux vaisseaux à lier sur la face antérieure et sur le rebord interne du rein. Mais le temps le plus important consiste dans la section de de l'isthme pour lequel on peut se trouver en présence d'un tissu fibreux qui ne demande même pas une ligature. Le plus souvent, au contraire, il faut faire, comme pour une néphrectomie partielle, une section nette en plein parenchyme et une suture par avivement.

Il serait très utile d'établir à l'avance le diagnostic de ces reins en fer à cheval. Or, ni le cathétérisme de l'uretère, ni la radiographie, ne permettent d'en soupçonner l'existence. C'est par la pyélographie seule, et plutôt par la pyéloscopie que l'on peut arriver au diagnostic. On voit le bassinet sur la face antérieure d'un rein très abaissé et non mobile. En outre, on ne voit pas tout d'abord les calices qui sont cachés par le bassinet, et c'est encore une probabilité. Il faut examiner le malade de profil : on voit alors se projeter au devant de la colonne vertébrale l'image du bassinet et des calices qui devrait se projeter sur le flanc des vertèbres.

De ces trois notions on peut arriver à tirer le diagnostic de rein mobile et aborder ainsi l'opération, avec la même précision que la chirurgie et l'urologie apportent aujourd'hui dans toute intervention.

Les efforts et, en particulier, les efforts sportifs et leur retentissement sur la respiration et la circulation. — *M. Bellin du Coteau* a fait sur beaucoup de champions et sur lui-même un grand nombre de recherches d'où il résulte qu'il est parfaitement exact qu'à la suite d'une course de distance moyenne le cœur puisse battre à raison de 200 pulsations à la minute. Il est évident que, sur un cœur non préparé par l'entraînement, un tel effort pourrait avoir des conséquences fâcheuses momentanées, mais jamais définitives.

En réalité, ce que l'on observe, c'est une augmentation totale du volume du cœur comparable à l'augmentation du volume des mollets chez les cyclistes ou des épaules chez les boxeurs. M. Bellin du Coteau pense que cette hypertrophie est salutaire. Il déclare qu'elle n'est jamais nuisible et n'est nullement comparable aux hypertrophies dues à des maladies du cœur.

Il va de soi que ceci ne s'applique qu'aux individus normaux et qu'un cardiaque avéré ne saurait sans danger s'exposer au surmenage de l'épreuve sportive.

Utilisation et conservation de l'énergie dans le travail musculaire. — *M. Noguès.*

Les périduodénites sténosantes. — *M. Pierre Duval.* — Il y a lieu de distinguer les périduodénites sténosantes des cholélithiasiques, et la périduodénite sténosante essentielle sans altération de la paroi duodénale, de la vésicule ni de l'appendice. Le syndrome clinique qui caractérise la périduodénite essentielle est un syndrome duodénal vague sans aucun des grands signes capitaux des lésions duodénales, il se borne à des douleurs postprandiales sans hématémèses, à de la lourdeur, à des points douloureux à la palpation. C'est, en somme, un syndrome peu précis, et la radiographie en série est nécessaire pour établir le diagnostic.

Dans les périduodénites au cours de la cholélithiase on note le type dyspeptique biliaire entre les crises et aussi un type avec coliques dyspeptiques sans crises lithiasiques, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, le même syndrome que dans la périduodénite sans cholélithiase.

Chez les cholécystectomisés les douleurs, très pénibles, sont dues aux adhérences post-opératoires qui enserrent le duodénum.

La conduite du chirurgien dans la périduodénite essentielle pourrait se borner à la libération simple, mais il faut, pour éviter la récidive, pratiquer la greffe épiploïque, l'épiplooplastie.

Quand il s'agit de périduodénite sténosante, consécutive ou non à la cholécystectomie, il faut faire l'exclusion du pylore.

L'auteur montre ensuite des radiographies et fait remarquer que la constatation radiologique de la déformation ne suffit pas. Il faut de plus les signes cliniques.

Séance du 25 mars 1924.

L'invention du cinématographe. — *M. Richet*, à cette question : « Quel est l'inventeur de cette merveilleuse découverte ? » répond, sans hésiter, « c'est Marey ». A l'appui de cette opinion il met sous les yeux de l'Académie les divers appareils à l'aide desquels Marey, dès 1882, a pu réaliser l'admirable reproduction du mouvement des ailes de l'oiseau. Telle fut la première des découvertes de Marey. Il en est une seconde qui date de 1890, c'est la reproduction d'images successives avec intervalles. Enfin, il en est une troisième qui est la reproduction des images sur l'écran, devant un nombreux public. Telle fut la base incontestable de l'invention du cinématographe qui, il faut le reconnaître, a été perfectionné par Lumière. Quand il constata les perfectionnements de Lumière, Marey en fut le premier émerveillé et, dans sa modestie et dans sa générosité d'âme, il loua ces progrès, tout en constatant qu'ils étaient la réalisation de ses propres découvertes. Marey est donc incontestablement

© BIU Santé

l'inventeur de la cinématographie et ce serait de l'ingratitude que de le méconnaître.

En terminant, M. Richet propose que l'Académie émette le vœu que sur la plaque commémorative du 28 décembre 1899 il soit inscrit que l'invention de Marey, grâce aux perfectionnements apportés par Lumière, a pu réaliser la photographie animée.

Eloge de Valin. — *M. Vaillard* prononce l'éloge de Valin.

Natalité et mortalité depuis 117 ans. — *M. Calmette* rappelle avoir montré, dans de précédentes études, la diminution de la mortalité par maladies infectieuses résultant des découvertes pastoriennes. Dans ce nouveau travail, il nous montre la marche de la natalité, d'une part, et, d'autre part, celle de la mortalité depuis 117 ans, c'est-à-dire depuis l'année 1806 jusqu'à 1920. Sur un tableau statistique dressé d'après la Société internationale du mouvement de la population par M. Moine, statisticien, on voit les deux tracés, celui de la natalité et celui de la mortalité depuis 1806. Ces tracés n'ont trait qu'à la population civile. On y constate tout d'abord cette cruelle vérité que la courbe de la natalité n'a jamais cessé de décroître. Quant à la mortalité, si nous en suivons le tracé, nous voyons qu'elle s'est beaucoup accrue à certaines époques, par exemple en 1814 par le fait de la guerre, du typhus, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, en 1832 par le choléra, les maladies infectieuses, la variole, en 1849 par le choléra et la variole, en 1855 par la guerre, le choléra, la variole et les maladies infectieuses, en 1859 par les maladies infectieuses, en 1871 par la guerre, la fièvre typhoïde, les infections intestinales, la variole, en 1890 par une pandémie grippale, en 1911 par une mortalité infantile très élevée, enfin en 1918 par une épidémie de grippe.

La grande guerre n'a pas seulement coûté quinze cent mille hommes, mais elle a encore fait descendre considérablement le taux des naissances.

Au moment, dit en terminant M. Calmette, où la France se recueille pour les élections prochaines, il semble du devoir de l'Académie d'insister auprès des Pouvoirs publics pour réaliser le plus possible d'économies humaines par le développement de la médecine préventive, de la prophylaxie et de l'hygiène, par une application rigoureuse des lois protectrices de la natalité.

Incompatibilité du médecin traitant et du médecin contrôleur ou expert. — *M. Balthazard* appelle l'attention sur ce fait que beaucoup de compagnies d'assurances, beaucoup d'administrations ont recours aux médecins traitants comme contrôleurs. Il y a là une erreur. Il y a incompatibilité entre le médecin traitant dont le rôle est de viser surtout l'intérêt de son malade et le médecin contrôleur dont le rôle est plutôt de défendre les intérêts des compagnies d'assurances ou des administrations. Il y a tout d'abord une question de respect du secret professionnel. Le médecin traitant qui envoie une fiche, concernant son malade, au patron de ce malade, livre le secret professionnel. Il est également bien évident qne le médecin expert, qui ne relève que des tribunaux, ne peut être ni le médecin du malade, ni celui du patron.

En conséquence, M. Balthazard propose que l'Académie émette le vœu que soit formellement déclarée l'incompatibilité du médecin traitant et du médecin contrôleur ou du médecin expert.

Sur un mode de titration de l'insuline. — *MM. Desgrez, Bierry et Rathery* discutent la valeur de *l'unité* proposée par les auteurs canadiens pour le titrage de l'insuline. Ils établissent d'abord l'absence de toute proportionnalité possible entre les effets de cette substance chez l'animal normal et chez l'homme diabétique. *L'unité* ne saurait donc constituer, en réalité, qu'une mesure qui ne répond à aucune interprétation d'ordre thérapeutique. Il en résulte que l'on ne peut demander à une épreuve sur l'animal qu'un simple test d'activité, qui ne préjuge en rien de l'effet global du médicament sur l'homme. Les auteurs proposent de doser l'insuline en poids, comme tout médicament, en imposant pour cette substance un test d'activité minima. La posologie du médicament doit varier elle-même avec chaque diabétique, pour lequel il existe une dose optima qu'il est indispensable d'atteindre sans la dépasser.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1924.

A propos des adénites sériques généralisées. — *M. Pasteur Vallery-Radot.* — Les adénites généralisées secondaires aux injections de sérum ne sont pas exceptionnelles. Quand on les observe, elles accompagnent ordinairement l'érythème sérique. Parfois elles précèdent de plusieurs jours cet érythème. D'autres fois, enfin, elles sont le seul signe de la réaction sérique.

Amaurose chez un sujet probablement intoxiqué par l'oxyde de carbone. (A propos de la communication de MM. Lévy-Valensi, Louis Claude et Rochard). — *MM. F. Rathery et Gournay* rapportent l'observation détaillée d'un malade présenté la semaine dernière et qui fut observé par eux lors de son intoxication.

Ils insistent sur la difficulté qu'il y a à préjuger de la nature de l'amaurose présentée par le malade.

Dissociation auriculo-ventriculaire complète chez un enfant de 3 ans. — *M. Leconte* présente une fillette de 3 ans atteinte de bradycardie permanente à 44-48, due, comme le montrent les électrocardiogrammes, à une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Cette bradycardie, qui n'a jamais donné lieu à aucun trouble (syncopes ou convulsions), semble avoir une origine complexe : d'une part, en effet, l'enfant a eu à un an et demi une diphtérie au cours de laquelle aucun phénomène cardiaque n'aurait été noté ; d'autre part, il existe un rétrécissement mitral et un souffle systolique maximum au 3e espace intercostal gauche, mais diffusant sur la région préventriculaire (rétrécissement pulmonaire ou communication interventriculaire ?). On peut donc se demander si la lésion du faisceau de His est due à cette lésion congénitale, comme il en a été signalé quelques cas, ou à l'action surajoutée des toxines diphtériques.

M. Vaquez insiste sur l'intérêt de l'observation de M. Leconte et notamment sur le rôle de certaines infections : diphtérie, pneumonies, rhumatismes, fièvre typhoïde, dans la pathogénie des dissociations auriculo-ventriculaires.

Trois cas de rétrécissement mitral associé à des troubles endocriniens. — *MM. Pasteur Vallery-Radot et Pierre Blamoutier* présentent trois jeunes gens de 17 ans atteints de rétrécissement mitral avec nanisme chez qui l'on a constaté des signes d'insuffisance testiculaire : organes génitaux petits et absence de caractères sexuels secondaires. Chez l'un d'eux, à ces signes d'insuffisance de la glande interstitielle s'associent des signes d'hypothyroïdie.

Il est intéressant de noter ces lésions portant sur les glandes endocrines en même temps que sur le cœur. On ne peut s'empêcher de penser que pendant la vie intra-utérine un processus dystrophique a atteint et la valvule mitrale et les glandes à sécrétion interne.

M. E. Weill pense qu'il y a lieu de penser dans ce cas à l'hérédo-syphilis qui pourrait peut-être expliquer toutes les dystrophies.

M. Vaquez n'a jamais eu l'occasion d'observer des cas de rétrécissement mitral avant l'âge de 4 à 5 ans. Il pense en conséquence qu'il y a lieu de croire qu'une infection passée inaperçue a dû déterminer la lésion valvulaire. Quant aux troubles endocriniens, leur coïncidence avec le rétrécissement mitral est intéressant.

M. Laubry. — Malgré les suggestions qui provoquent la présentation intéressante de MM. P. Vallery-Radot et Blamoutier, M. Laubry ne croit pas que le rétrécissement mitral mérite l'épithète d'affection congénitale. Il s'est longuement expliqué à cet égard dans son Traité des affections congénitales. Pour lui, la sténose est le résultat d'une endocardite infectieuse au même titre que toute autre lésion, valvulaire. Mais soit par une prédisposition individuelle, soit par défaut de virulence de l'infection, la lésion revêt une localisation anatomique spéciale : elle n'est pas destructive ; elle est marginale et permet une certaine souplesse des valves. Il s'agit de plus d'une endocardite évolutive, à allure insidieuse.

© BIU Santé

Quand on suit attentivement certains rétrécissements mitraux des plus purs, on les voit au bout de plusieurs années se transformer en une véritable maladie mitrale.

Quant à la cause, L. ne se prononce pas. Mais d'une part on retrouve fréquemment le rhumatisme articulaire aigu et d'autre part le fait de ne pas trouver d'antécédents infectieux ne veut pas dire qu'il n'y en a pas.

Il n'est pas spécial au rétrécissement mitral, et avec mon maître Vaquez, nous avons vu nombre de maladies mitrales ou d'insuffisances aortiques qui n'avaient pu faire leur preuve étiologique. Sans nier la syphilis en pareil cas, qui crée certaines dystrophies, elle peut aussi prédisposer à l'infection. Que le rétrécissement mitral puisse être créé à la dernière période de la vie intra-utérine, ou dans la première enfance, bien qu'il soit une rareté dans les hôpitaux d'enfants, cela ne suffit pas pour en faire une maladie congénitale en même temps qu'une maladie de Roger par exemple ou une transposition artérielle.

M. Hallé confirme l'opinion de M. Vaquez et Laubry ; il n'a qu'exceptionnellement rencontré le rétrécissement mitral chez le jeune enfant, et jamais avant 5 à 6 ans.

M. Comby partage la même opinion.

M. Lian pense également qu'en l'absence d'antécédents, il n'y a pas lieu de parler de maladie congénitale ; nombre d'insuffisances mitrales par exemple n'ont pas fait leur preuve étiologique.

Néphrite chronique, athérome généralisé, infarctus multiples et hémorragie cérébelleuse ayant déterminé un syndrome de paralysie alterne du type de Millard-Gubler. — MM. *P. Ménétrier et J. Surmont* rapportent l'observation curieuse d'un homme de 52 ans, vieil emphysémateux et polyscléreux, non syphilitique, chez qui ils observèrent, en dehors de nombreux infarctus de divers viscères, une hémiplégie du type Millard-Gubler, consécutive à une hémorragie occupant presque la moitié du lobe cérébelleux droit, mais ayant envahi le quatrième ventricule. Par contre il y avait intégrité complète de la protubérance vérifiée sur des coupes histologiques. Ce syndrome semble donc dû uniquement à la compression protubérantielle par le foyer hémorragique cérébelleux. (Présentation de pièces.)

Endocardite blennorrhagique guérie par la sérothérapie antigonococcique. — MM. *Aubertin et Gambillard* rapportent un cas d'endocardite aortique survenue peu après une blennorrhagie aiguë en même temps qu'un rhumatisme polyarticulaire chez un jeune homme de 18 ans. Il existait un souffle d'abord systolique, puis double, puis diastolique, une fièvre quotidienne à grandes oscillations comme dans l'endocardite ulcéreuse classique, de l'anémie avec leucocytose et myélémie. Mais pas d'embolies et les hémocultures restèrent négatives. Après échec de la vaccinothérapie et de l'uroformine intra-veineuse, on institua le traitement par le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur en injections intra-musculaires et sous-cutanées. A la 8e injection de 40 cmc. la T°. était redevenue normale et l'état général très amélioré. Actuellement le malade a repris ses occupations mais conserve un souffle diastolique d'insuffisance bien tolérée.

L'avenir des pleurétiques. — M. *Brelet* (de Nantes) sur 42 anciens pleurétiques, six sont aujourd'hui, de deux à six ans après leur pleurésie, des tuberculeux pulmonaires ; seize sont complètement guéris sans séquelles appréciables ; les vingt autres ont un bon état général mais présentent des signes cliniques et radioscopiques de pachypleurite plus ou moins étendue.

Gangrène pulmonaire traitée par la trachéo-fistulisation. — MM. *Caussade, Rosenthal et Surmont* ont eu à traiter un homme de 53 ans, non syphilitique ni tuberculeux, atteint de dilatation bronchique remontant à 8 ans et ayant subi depuis plus de 2 ans l'évolution vers la gangrène qui s'est ensuite propagée aux poumons.

Avant d'être traité par trachéo-fistulisation, le patient avait été soumis depuis un an environ à des injections intratrachéales d'huile gomenolée, au sérum antigangréneux à fortes doses, à la teinture d'ail, à l'arsénobenzol et aux autovaccins. Malgré ces traitements divers et énergiques, la cachexie était assez prononcée, l'amaigrissement était très marqué, la diarrhée était profuse, les membres inférieurs étaient œdématiés, l'expectoration, très fétide, était très abondante (800 cmc.) environ, la fièvre était élevée (40°).

La trachéo-fistulisation fut décidée, comme susceptible d'une certaine action efficace en permettant grâce à une canule laissée en permanence, après une opération faite une fois pour toutes, d'injecter suivant les circonstances et à des intervalles plus ou moins rapprochés, des substances médicamenteuses diverses sur une vaste surface suppurée et gangrénée (bronchectasies multiples et plusieurs foyers pulmonaires.)

Les auteurs attirent l'attention sur l'anesthésie préopératoire de la trachée qui de 2 à 5 centigrammes de novocaïne ou d'allocaïne au début de la trachéo-fistulisation a pu être parfaite dans la dernière quinzaine du traitement à des doses bien moindres, la trachée devenant de moins en moins sensible.

Les huiles iodées très purifiées furent spécialement injectées : au début la quantité était de 6 cmc. ; puis, en raison de l'augmentation de la tolérance de la trachée, elle fut portée à 20 cmc. (dernière quinzaine du traitement, injectée tous les deux ou trois jours, en une seule séance.

La résorption était aussi rapide que dans un poumon sain (24 heures environ, 48 heures au plus). En une seule séance 8 gr. 40 d'iode métalloïdique (15 cmc de lipiodol) furent injectés dans les poumons. Jamais il n'y eut aucun accident, pas la moindre hémoptysie.

L'élimination de l'iode par les crachats et par les urines et l'élimination suivant le rythme normal de 10 centigr. de bleu de méthylène injectés dans les bronches ont prouvé dans le cas actuel que le *poumon* était perméable malgré des altérations profondes et étendues.

Séance du 28 mars 1924.

Névrite optique chez un sujet intoxiqué par l'oxyde de carbone. — MM. *Rist, Rochon-Duvignaud* et *Coutela* ont eu l'occasion de suivre le malade observé par M. Lévi-Valensi. Il s'agissait d'un pithiatique présentant, pour ces auteurs, une amaurose simulée.

M. *Lévi-Valensi* prétend qu'il ne peut s'agir de simulation dans ce cas, et que les lésions oculaires dans l'intoxication oxycarbonée sont en général tardives.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, cliniquement latent décelable par l'examen radioscopique. — MM. *Laubry* et *Oury* présentent un rétrécissement de l'artère pulmonaire où le diagnostic ne peut être posé que par l'examen radioscopique. Cliniquement, ce rétrécissement était resté latent. Les auteurs insistent sur l'importance que peut prendre le seul claquement du 2e ton pulmonaire dans l'histoire clinique de ce rétrécissement et attirent l'attention sur le rôle que doit jouer la spécificité acquise ou héréditaire dans le déterminisme de la dilatation située en aval du rétrécissement.

M. *Nobécourt* vient d'observer un cas de rétrécissement pulmonaire avec signes cliniques associé au rétrécissement mitral le plus typique qui soit. La réaction de Wassermann est restée toujours négative.

M. *Vaquez* déclare que l'examen du malade laisse supposer une lésion de l'artère pulmonaire. Il s'agit au moins d'artérite pulmonaire si le rétrécissement, même avec les données radioscopiques, ne peut être affirmé.

La bile B de l'épreuve de Meltzer-Lyon est-elle bien d'origine vésiculaire ? — MM. *M. Chiray* et *M. Milochevitch*, comme suite à leur précédente note sur la technique de Meltzer-Lyon, abordent la question de la valeur de cette épreuve pour l'isolement de la bile vésiculaire. Après avoir rappelé les discussions importantes que cette question a soulevées à l'étranger et avoir indiqué les grandes lignes de ces discussions, les auteurs exposent le résultat de leurs recherches personnelles. Ils se rallient pleinement à la conception de Vincent-Lyon d'après laquelle la « bile B représente la « bile vésiculaire. A l'appui de cette manière de voir les auteurs invoquent en particulier les arguments suivants :

1° Les expériences poursuivies sur les animaux ont, d'une

© BIU Santé

façon générale, montré aux expérimentateurs américains et allemands que, contrairement à ce qui avait été avancé par quelques physiologistes et médecins de leur propre pays, le réflexe duodéno-vésiculaire fonctionne, ainsi que Doyon, Meltzer et Amer l'ont établi, sur l'influence de toute une série d'excitations duodénales. Le sphincter d'Oddi participe activement a ce réflexe. Normalement contracté et continent pour la bile du canal commun alors que le cholécyste est relâché, il se relâche à son tour au moment de la contraction vésiculaire réalisant ainsi le phénomène de « l'innervation contraire ou antagoniste ».

2° L'étude du mode d'écoulement de la « bile B », en particulier, la transition nette entre elle et le liquide qui la précède. les caractères chimiques, cytologiques et bactériologiques de cette même « bile B » plaident en faveur de son origine vésiculaire.

3° Chez les cholécystotomisés, il est, dans la grande majorité des cas, impossible d'obtenir la « bile B ». Dans les cas rares où cette règle subit une exception, l'anomalie trouvera son explication dans l'existence d'une contracture du sphincter d'Oddi qui détermine une stase anormale, par voie de conséquence, une concentration de la bile dans les gros canaux biliaires dilatés, concentration anormale rappelant, et même remplaçant un peu celle qui est normalement réalisée dans la vésicule. Quelquefois aussi ce processus exceptionnel est facilité chez le cholécystotomisé par la formation d'une néo-vésicule biliaire aux dépens du moignon cystique.

4° Dans tous les cas de cholécystite avec canal cystique perméable où a pu être faite la confrontation entre la « bile B » et la bile prélevée chirurgicalement ou nécropsiquement dans la vésicule, la « bile B » s'est montrée tout à fait semblable à cette « bile vésiculaire » tant au point de vue macroscopique qu'à celui des dosages pratiqués sur les sels et pigments biliaires ou sur la cholestérine.

(5) La « bile B » ne manque pas seulement dans le cas où la vésicule est anatomiquement supprimée par la cholécystectomie. Elle fait également défaut dans tous les cas où la vésicule se trouve, du fait d'un état pathologique quelconque. fonctionnellement annihilée, qu'il s'agisse d'un ou plusieurs gros calculs remplissant la cavité du réservoir biliaire, ou plus simplement d'une cholécystite chronique non lithiasique, voire même d'une péricholécystite. Dans ce cas la réaction duodénale à l'instillation magnésienne est analogue à celle qu'on observe dans l'occlusion du canal cystique ou après la cholécystectomie, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de « bile B ».

MM. Rathery et Labbé partagent l'opinion de M. Chiray sur la nature vésiculaire de la bile B.

Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte, consécutive à une inoculation cutanée. — MM. *A. Lemierre* et *Léon Kindberg* rapportent l'observation d'un homme de 26 ans, habituellement très bien portant qui, après s'être fait une légère blessure au pied droit présenta des phénomènes de lymphangite fébrile du membre inférieur droit, suivis, au bout de quelques jours de l'apparition de nodules gommeux sous-cutanés. intra-musculaires et sous-périostés. Ces nodules évoluèrent vers la suppuration. Dans l'un d'eux enlevé par biopsie on trouva des bacilles de Koch. L'inoculation du pus de plusieurs abcès tuberculisa le cobaye. L'affection évolua pendant trois mois et demi, caractérisée par une fièvre irrégulière. un amaigrissement rapide et l'apparition presque continuelle de nouvelles gommes. La mort survint par méningite tuberculeuse.

La petite plaie au pied, point de départ de la maladie, ne s'était jamais cicatrisée, mais avait toujours conservé les caractères d'une simple érosion suintante, sans ulcération vraie, sans infiltration, sans adénite satellite concomitante.

Pourtant l'examen histologique montra au niveau de cette plaie des lésions évidemment tuberculeuses. L'autopsie montra d'autre part une granulie des méninges, du foie, de la rate et des reins. Au sommet du poumon gauche, existait la cicatrice d'une lésion tuberculeuse ancienne contenant à son centre un nodule caséeux ramolli.

Malgré la présence de ce foyer tuberculeux ancien et encore en activité, malgré l'aspect atypique de la lésion du pied et l'absence d'adénopathie tuberculeuse correspondant à cette lésion, sa nature évidemment bacillaire et la filiation des accidents à partir du traumatisme initial imposent l'idée d'une tuberculose d'inoculation cutanée.

L'apparition précoce après le traumatisme et la gravité de cette tuberculose gommeuse disséminée correspondent également aux allures habituelles de ces tuberculoses d'inoculation.

Colibacillémie gravidique sans pyélonéphrite. — MM. *A. Lemierre* et *Rivalier* rapportent l'histoire d'une jeune femme qui, au cinquième mois d'une grossesse présenta une affection fébrile d'une très grande violence, L'hémoculture donna un colibacille. La température tomba le onzième jour et la guérison survint sans qu'il se fût produit du côté du rein et des voies urinaires de complication cliniquement appréciable. L'examen des urines montra seulement la présence d'un peu d'albumine, de quelques cylindres granuleux, de quelques leucocytes et de nombreux colibacilles. La malade était atteinte d'une constipation opiniâtre.

Dans cette observation, contrairement à ce qu'on observe habituellement, le cycle de l'infection colibacillaire gravidique s'est trouvé interrompu à son milieu. L'étape intestinale et l'étape sanguine de cette infection ont bien existé. La traversée du rein par l'agent pathogène s'est bien effectuée avec le minimum de dommage pour cet organe. Mais l'étape urinaire a fait défaut sans doute parce que le colibacille, même après s'être multiplié dans le bassinet, l'uretère et la vessie, n'a pas trouvé les conditions favorables à la production de lésions.

A l'heure actuelle certains auteurs nient encore le rôle de l'infection descendante dans la genèse des pyelonéphrites gravidiques et considèrent ces suppurations comme le point de départ et non comme la résultante de certaines colibacillémies.

Il est donc intéressant de constater que, chez une femme enceinte, sans pyélonéphrite suppurée, s'est développée une septicemie colibacillaire, terminée spontanément par la guérison et après n'avoir exercé sur le rein qu'un retentissement assez banal et pas plus intense que celui qu'on observe habituellement dans la plupart des maladies générales.

Transfusion du sang dans un cas d'hémorragie intestinale grave de la fièvre typhoïde. — *MM. E. de Massary, G. Rosenthal et Vacher* rapportent une observation de fièvre typhoïde compliquée au 16e jour par des hémorragies intestinales graves. L'état de la malade était quasi désespéré quand une transfusion de 130 cmc. de sang fut pratiquée suivant la technique indiquée par G. Rosenthal à la Société médicale des hôpitaux en novembre 1923. Après cette transfusion on injecta. 250 cmc de sérum sucré. Le résultat fut surprenant. Les hémorragies ne se renouvelèrent plus et la malade guérit.

Les auteurs insistent sur le rôle hémostatique et curatif de cette transfusion de sang.

M. Caussade. à propos de deux cas, l'un concernant une hémorragie grave par anévrysme de Rassmüssen, l'autre ayant trait à une anémie grave, a obtenu de beaux résultats par la transfusion de sang (méthode de Rosenthal) et insiste sur le rôle hémostatique et curatif de cette dernière.

Un cas de polynévrite tuberculeuse — *MM. Crouzon, Chavany, Ivan Bertrand et Froment* rapportent un cas de polynévrite tuberculeuse avec examens anatomo-pathologiques détaillés.

Le pétrole en ingestion. — *M. Le Clerc*.

Méningococcémie et purpura. — *M. Marotte* rapporte trois cas de méningococcémie avec purpura.

Méningite aiguë avec association de tuberculo-méningococcémie. — *MM. Achard, S. Bloch et Marchal* rapportent l'observation d'une jeune fille atteinte de méningite aiguë. Le début traînant a fait penser à une méningite tuberculeuse mais on ne trouva pas de bacilles de Koch dans le liquide qui renfermait des polynucléaires et quelques méningocoques. Après 3 jours de sérothérapie par voie rachidienne, on tente l'injection ventriculaire. Le liquide des ventricules contenait plus de méningocoques que le liquide spinal (bloquage des méninges). La mort survint quelques heures après l'intervention et l'autopsie montra, outre un exsudat méningé seulement séreux, quelques granulations

© BIU Santé

tuberculeuses. De plus les poumons étaient farcis de granulations miliaires.

En somme, il s'agit de granulie mortelle avec accidents méningés dus à l'association du bacille tuberculeux au méningocoque B. Cette association a été rencontrée plusieurs fois. Tantôt les deux infections semblent simultanées; tantôt c'est la méningite tuberculeuse qui débute ; tantôt, mais plus rarement c'est la méningite à méningocoques, puis après l'amélioration produite par la sérothérapie, la méningite tuberculeuse évolue.

Le plus souvent les lésions tuberculeuses des méninges sont discrètes. Combe ne les a trouvées qu'au microscope. Il est exceptionnel que le bacille de Koch soit reconnu pendant la vie dans le liquide de ponction lombaire, comme dans le cas de Claude Schaeffer et Bernard. La sérothérapie ne peut, bien entendu, donner qu'un résultat incomplet et passager.

Purpuras chroniques sans splénomégalie guéris par la splénectomie. — ***MM. Ricaldoni et Albo*** (de Montevideo) communiquent deux intéressantes observations de purpura chronique à paroxysmes menstruels guéris par la splénectomie, bien que l'hypertrophie de la rate fît défaut. Dans le premier cas l'opération, pratiquée le 23 octobre 1922, fut suivie d'une convalescence franche et complète et aucun retour purpurique ne s'est manifesté depuis, alors que le purpura, à certains moments fort grave, datait au moins de 4 ans.

Dans le second cas, le purpura remontait à janvier 1923, l'opération, pratiquée le 12 décembre, a été également suivie, malgré quelques incidents post-opératoires, de guérison, mais la durée n'est pas suffisante pour parler de succès définitif. La rate ne pesait que 81 grammes, elle se montrait toutefois en pleine activité réactionnelle. Ces faits montrent tout l'intérêt de la splénectomie dans certains syndromes hémorragiques, même lorsqu'objectivement la rate semble normale.

Recherches sur le passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien. — ***MM. Sézary, Barbé et Pomaret*** ont recherché le bismuth dans le liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux traités par ce métal. Ils ont recueilli dans deux récipients le liquide provenant de malades injectés avec des sels solubles et insolubles et leur analyse a porté sur un volume total de 455 cc. de liquide céphalo-rachidien de sujets ayant reçu des sels insolubles et 365 cc. de sujets traités par des sels solubles.

Bien qu'ils se soient mis ainsi dans des conditions qui permettraient de déceler des traces minimes de bismuth, les auteurs ont obtenu dans les deux cas un résultat négatif. Donc, contrairement à ce qu'on a écrit et conformément aux recherches récentes de MM. Jeanselme, Delalande et Terris, le bismuth ne passe pas plus que l'arsenic trivalent dans le liquide céphalo-rachidien.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1924.

Occlusion intestinale post-appendiculaire. — ***M. Sauvé*** relate les observations qu'il a eu l'occasion d'observer. Un premier malade est opéré par lui d'appendicite aiguë grave. Après quelques jours satisfaisants il présente, le 3e jour, un vomissement — puis le 11e jour il est pris de signes d'occlusion nets avec état alarmant. M. S. pratique une fistulisation de l'intestin qui amena une guérison lente mais progressive.

Une autre malade vue en octobre 1921 présenta des signes d'occlusion et l'intervention montra la présence d'une bride formée par l'appendice et la trompe adhérentes l'un à l'autre.

L'orateur estime que ce sont là des faits assez rares comparativement au nombre d'appendicites observées.

M. Auvray a également suivi 2 cas d'occlusion post-appendiculaire. Chez une femme opérée le 27 janvier 1921 d'appendicite grave avec appendice très adhérent, apparaissent le 9e jour des signes d'occlusion d'allure chronique avec rémissions. La malade espérant toujours que ces troubles allaient s'amender ne se laisse opérer à nouveau que le 24 février. On trouva sur la partie terminale du grêle des anses coudées et fortement agglutinées entre elles. L'autre malade avait eu une crise très bénigne et est opérée à froid. L'appendice est un peu adhérent à sa pointe. Comme dans le cas précédent, au bout de quelques jours apparaissent des signes d'occlusion subaiguë. On trouve une bride épiploïque épaisse comprimant une anse grêle.

A son avis, ces lésions existent déjà avant l'opération mais s'aggravent après celles-ci. Il lui paraît difficile d'admettre que des adhérences aussi denses, aussi épaisses se forment en quelques jours après l'opération. En conséquence il est disposé à adopter la pratique de Lardennois et à explorer la terminaison de l'iléon au cours des appendicectomies.

Pour intervenir contre ces complications, il pense comme Mathieu que la voie médiane est la meilleure.

Il signale chemin faisant le cas d'une femme opérée par Guinard en 1911 et qui 5 mois après commença à souffrir de douleurs abdominales qui s'accentuaient quand elle se penchait en arrière Elle ne fut réopérée que plusieurs années après et on trouva une bride épiploïque insérée au point d'implantation normal de l'appendice sur le cæcum, bride qui se tendait quand elle se renversait en arrière.

Abcès sous-diaphragmatique. Rachianesthésie suivie de mort. — ***M. Dujarrier*** communique une observation intéressante à plusieurs titres. Il s'agit d'une femme qui est passée de médecine dans son service avec le diagnostic de pleurésie purulente. On pratique sous anesthésie locale une incision mais on ne trouve rien. Peu après des vomiques périodiques apparaissent. La radioscopie conclut à la présence d'un abcès sus-diaphragmatique. On fait plusieurs ponctions qui toutes restent blanches. Une nouvelle opération sous anesthésie locale ne donne encore aucun résultat. Cependant l'état général resta mauvais et les vomiques continues. On décide alors une intervention plus large sous anesthésie rachidienne haute (9e dorsale, 11 cgr. de novocaïne). Un malaise se produit bientôt puis une sensation d'étouffement, apnée — arrêt du cœur qui malgré une injection intracardiaque d'adrénaline persiste — et mort.

On a pu constater ensuite que la collection était en réalité sous-diaphragmatique.

M. Sauvé a vu un cas de ce genre dans lequel la radiographie n'a pas permis de dire si le diaphragme était au-dessus ou au-dessous d'une collection purulente.

M. Grégoire a eu l'occasion d'opérer un malade chez lequel le radiographe avait conclu à une collection sus-diaphragmatique. La plèvre ouverte il n'a pas trouvé d'abcès. Mais le diaphragme paraissait épaissi, il l'a ponctionné et au-dessous de lui a trouvé l'abcès.

Injection intracardiaque d'adrénaline. — ***M. Hartmann,*** au cours d'une anesthésie à l'éther faite pour opérer une femme atteinte de fibrome — a eu une syncope cardiaque. Une injection intracardiaque d'adrénaline n'a donné aucun résultat. L'autopsie a montré seulement un thymus plus gros que d'habitude.

M. Delbet a déjà signalé que dans deux cas de syncope anesthésique on a constaté une certaine hypertrophie du thymus.

Pancréatite hémorragique sans stéatonécrose. — ***M. Barthelemy*** relate l'histoire d'une malade présentant des signes de péritonite diffuse sans signes de localisation. Il a pratiqué une laparotomie médiane sous-ombilicale, n'a rien trouvé. Il a prolongé son incision vers en haut, n'a pas trouvé trace de perforation. Les anses étaient seulement rouges. La vésicule biliaire était saine. Le pancréas était rouge. Il n'y avait pas de stéatonécrose. Il s'est contenté de drainer la région pancréatique et sa malade a parfaitement guéri.

A propos de l'incontinence essentielle des urines chez l'enfant. — ***M. Broca*** fait un rapport sur un travail de MM. Guillemot et Halbron qui ont étudié par les injections intravertébrales de lipiodol, quatre enfants atteints d'incontinence essentielle d'urine et ils ont constaté dans deux cas une lésion nette du rachis (fente du premier arc sacré) et dans un cas un arrêt du lipiodol. Ce qui est également à noter c'est que ces malades ont paru définitivement guéris par l'injection du lipiodol — alors que cette injection n'a amené aucun changement dans un cas où l'incontinence ne s'accompagnait pas de lésion du rachis.

© BIU Santé

Faux croup asphyxique d'origine staphylococcique. — ***M. L. Bazy*** fait un rapport sur un travail de M. Brisset (de St-Lô) relatif à 10 observations d'enfants atteints de crises asphyxiques graves pour lesquelles il a dû recourir parfois à la trachéotomie et chez lesquels l'examen bactériologique a montré l'absence de bacille diphtérique et seulement la présence de staphylocoque. Chez ces petits malades l'injection de sérum antidiphtérique ne donna aucune amélioration. Au contraire l'injection de vaccin anti-staphylococcique amène très rapidement, en six heures, une amélioration remarquable. La présence de lésions infectées de la peau chez les petits malades ou chez leurs parents est très importante à rechercher pour le diagnostic. Il faut remarquer en outre qu'il n'y a pas de fausses membranes dans la gorge.

A propos de la rachi-anesthésie. — ***M. Chifoliau*** a beaucoup employé ce mode d'anesthésie depuis 1901. Sur 1000 cas environ il n'y a jamais eu à déplorer de morts ni d'accidents graves. Une fois cependant il a vu chez une de ses opérées des signes de méningite assez sérieux qui ont cédé à 5 ponctions lombaires évacuatrices. Il a vu aussi des dépressions générales assez inquiétantes mais transitoires.

Ce qu'il lui reproche surtout c'est l'inconstance de l'anesthésie et la variabilité de sa durée. Aussi a-t-il une tendance à l'abandonner pour les opérations abdominales et à la réserver aux interventions sur les membres inférieurs et le périnée. Chez les malades graves et très fatigués il préfère employer le protoxyde d'azote.

M. Barthélemy a eu deux cas de mort après rachianesthésie : une fois chez une malade atteinte de hernie ombilicale étranglée : injection de 3 cmc de novocaïne à 4 % entre la 4e et la 5e lombaire. Arrêt du cœur. Mort avant l'intervention. L'autre malade n'a présenté d'accidents que quelques jours après. Au bout d'un mois il paraît guéri et rentre chez lui. Mais deux jours après réapparition de signes de méningisme. Une ponction lombaire montre un liquide clair. Peu après, coma et mort.

C'est, à son avis, une méthode d'exception.

REVUE DE LA PRESSE

Le pneumothorax guérit-il la phtisie ?

Le pneumothorax, dit M. Burnand (*Presse Médicale*, 26 mars 1924), peut guérir d'une manière durable la tuberculose pulmonaire, aussi grave et aussi rapidement menaçante qu'ait pu être la marche des lésions au moment de l'intervention. Si le pneumothorax n'est pas encore une ressource merveilleuse, cela tient aux défectuosités de son application.

Méningites syphilitiques consécutives au traitement arsenical.

Nombre d'auteurs ont signalé la fréquence des neuro-récidives et des poussées méningées après le traitement par le 606. M. Roch en rapporte (*Rev méd. de la Suisse romande*, mars 1924) six nouvelles observations. Mais, dit-il, ses conclusions ne sont pas dévorables aux arséno-benzols. D'abord ces méningo-rechutes ne sont pas la règle : quoique relativement fréquentes, quoique trop fréquentes, elles restent tout de même exceptionnelles.

Ensuite, elles ne se produisent pas lorsque le traitement a pu être précoce et suffisamment énergique. Un malade radicalement guéri à la période préhumorale n'aura plus à craindre de méningite spécifique.

Enfin elles ne se manifestent vraisemblablement que chez des sujets dont les méninges ont été infectées durant la septicémie secondaire, souvent avant le traitement, toujours sans qu'il y ait à accuser le médicament de cette infection.

En dernier lieu, les arséno-benzols guérissent les méningo-rechutes : du moins elles enrayent rapidement le développement de leurs manifestations cliniques les plus graves et les plus pénibles.

La vaccinothérapie dans le traitement de la blennorragie.

La vaccinothérapie antigonococcique, disent MM. Tant et Duray (*Bruxelles médical*, 27 mars 1924) semble être uniquement de la protéinothérapie. Inefficace et dangereux au début de la blennorragie, ce moyen thérapeutique est, au déclin de de cette affection, un adjuvant du traitement habituel et trouve sa principale indication dans le traitement des complications.

Traitement vaccinothérapique des fièvres typhoïde et paratyphoïde.

M. Waldemar Bié emploie (*Acta medica scandinavica*, fasc. II III, 19 mars 1924) un vaccin dont chaque centimètre cube contient 1000 millions de bacilles typhiques tués par une solution, à 0.5 %, de phénol dans la solution physiologique de NaCl.

Dans 13 cas de typhoïde et dans 6 cas de paratyphoïde, ce vaccin a été injecté dans le muscle pendant cinq jours de suite, à doses croissantes, de 100, 200, 400, 700, 1000 millions de bacilles. Le traitement n'a été commencé qu'après confirmation du diagnostic, soit par la séro-réaction, soit par la cultivation des bactéries, ou du sang ou des matières fécales.

Un des typhoïdiques est décédé par suite d'une pneumonie ; chez un deuxième, le traitement n'a produit aucun effet. Dans les 17 cas restant, l'effet a été favorable, une descente lytique de la température commençant à la fin du traitement ou au cours des jours suivants. Ce résultat a été obtenu indépendamment de la période de la maladie à laquelle ont été faites les injections, celles-ci ayant été terminées entre les 13me et 40me jours de la maladie. Accompagnant la défervescence, l'état du malade va s'améliorant.

Le traitement doit être considéré comme une protéinothérapie non spécifique. Il n'a entraîné aucune complication.

Le pronostic des brûlures oculaires par projection des métaux en fusion

Les brûlures du globe oculaire par caustiques chimiques et les corps incandescents (solides ou liquides), à point de fusion élevé sont habituellement redoutables pour la vision.

Fait intéressant, dit M. Rosnoblet (***Journ. de méd. de Lyon***, 20 mars 1924), les brûlures cornéo-conjonctivales par métaux en fusion, fusibles à basse température, tels le plomb et l'étain, et surtout leurs alliages, couramment employés pour la soudure industrielle, présentent une relative bénignité.

Malgré la gravité apparente des commémoratifs et après extraction des culs-de-sac conjonctivaux, de fragments pailletés à reflet argenté, ou même d'un véritable moule coiffant la calotte cornéosclérale, il est banal de constater l'absence de toute légion grave et une récupération visuelle le plus souvent totale.

Ce fait, en apparence paradoxal, trouve son explication dans le phénomène physique de la caléfaction : au contact du liquide lacrymal, le métal en fusion projeté, provoque par sa chaleur rayonnante, la formation d'une mince couche de vapeur, qui l'isole du globe oculaire et protège la cornée transparente.

Les signes orbito-oculaires des maladies de l'hypophyse.

Les signes orbito-oculaires des maladies de l'hypophyse, dit M. Bussy (*Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1924), sont précieux à connaître, parce qu'ils sont précoces et permettent un diagnostic rapide et un traitement à une période où les lésions ne sont pas trop étendues.

Leur fréquence et leur complexité s'expliquent par les rapports assez intimes que la glande pituitaire contracte avec les voies oculaires sensorielle, motrice, sensitive, trophique et sympathique, et avec la paroi postérieure de la loge orbitaire.

Le signe le plus constant et le plus important est l'hémianopsie temporale avec ses modalités variables. On peut observer aussi des hémianopsies diverses, des scotomes, des papillites, des atrophies optiques, des obnubilations passagères. Les paralysies des IIIe, IVe, Ve, VIe paires, ainsi que du sympathique, sont fréquentes, et affectent des modalités d'une extrême complexité. Enfin l'œdème des papilles et l'exophtalmie ne sont pas rares.

On ne devra jamais oublier que ces symptômes orbito-oculaires sont en réalité des signes de maladie de la région hypophysaire plutôt que de l'hypophyse elle-même.

© BIU Santé

L'Opothérapie est facilitée au praticien par les

Produits Organothérapiques A. RICHARD

extraits totaux très actifs et **absolument sans odeur.**

Leur mode de préparation aseptique est exposé dans le *Mémento d'Organothérapie Clinique*, qui contient, en outre, toutes sortes de renseignements utiles et est envoyée à MM. les Docteurs, sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre à COURBEVOIE (Seine).



Préparé par les LABORATOIRES DU **NUJOL** Standard Oil Co (New-Jersey) NEW YORK



PARFAITE UNIFORMITÉ

Une parfaite uniformité est ce qui différencie principalement le **NUJOL** des autres huiles de vaseline.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables dans le traitement de la constipation parce qu'il est invariable dans sa composition et ses propriétés physiques.

Le **NUJOL** est agréable à prendre ; il ne cause ni nausées ni autres désagréments.

Le **NUJOL** est particulièrement recommandé pendant la grossesse et la période d'allaitement.

Echantillons et brochures sur demande

BEDFORD PETROLEUM Co
88, Av. des Champs-Elysées
PARIS

Nujol
MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation
LE LUBRIFIANT IDEAL DE L'INTESTIN.

Agent de Vente
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Tabor
PARIS

© BIU Santé

ACTUALITÉS MÉDICALES

PSYCHIATRIE

Les terminaisons de la mélancolie

(Paul ABÉLY. Thèse de Paris, 1923.)

Les deux problèmes dominants de la médecine, le traitement et le pronostic méritent, tout particulièrement en Psychiatrie les efforts des chercheurs. C'est de ce point de vue, principalement évolutif, que l'A. a étudié le *syndrome mélancolique*, caractérisé avant tout par la douleur morale, à l'exclusion des états mélancoliques symptomatiques.

L'examen de nombreuses observations démontre que la moitié des cas, environ, guérissent et ne récidivent pas, 10 % environ, sont suivis d'une récidive unique, à échéance plus ou moins lointaine. Les récidives multiples représentent soit des cas de mélancolie psychogène, sorte de névrose d'angoisse, germant sur un terrain de type psychasthénique, soit des cas ressortissant à la psychose maniaque dépressive. Pour ces derniers, le pronostic peut s'assombrir du fait que, dans les périodes intercalaires, l'observation attentive révèle des « *symptômes acquis* » portant principalement sur l'affectivité et sur l'appréciation de l'état pathologique passé.

Les autres terminaisons se réalisent soit par le passage à la chronicité, avec ou sans délire, soit par la démence

Dans une étude analytique, P. Abély précise la *valeur pronostique défavorable* de certains faits : l'hérédité, surtout similaire, les états dégénératifs, l'involution sénile chez un sujet antérieurement mélancolique. Dans l'ordre clinique, sont également alarmants : la fixité du délire, la persistance de l'idée obsédante, les signes d'opposition, le maniérisme ; les anxieux gémisseurs ou déclamateurs ont également de moindres chances de guérison.

Il n'est guère possible d'assigner au syndrome mélancolique une étiologie et, partant, une évolution fixe. En ce sens, les recherches biologiques en cours permettent déjà, par l'examen du *système neuro-végétatif*, de distinguer plusieurs types : a) une forme vagotonique, intermittente, du ressort de la psychose maniaque dépressive ; b) une mélancolie sympathicotonique, correspondant à l'anxiété psychogène ; c) des états indifférenciés, aux allures de mélancolie anxieuse, comprenant les délires des négations, les hypochondries chroniques.

Cette heureuse association de la biologie à la psychologie offre, pour le pronostic et le traitement, un intérêt capital, signalé par P. Abély qui, modestement, espère qu'elle « transformera, peut-être bientôt, les conclusions incertaines de notre travail et apportera cette précision scientifique si désirable, que nous n'avons pu obtenir ici. »

H. CODET.

ANTHROPOLOGIE

Sacrum et coccyx. Les hommes à queue

(DUBREUIL-CHAMBARDEL. Ecole d'anthropologie 8 février 1924.

Le sacrum forme la base solide de la tige rachidienne ; il continue le tube vertébral contenant les éléments nerveux ; il est le pivot de l'articulation du membre inférieur ; il forme la paroi postérieure du bassin. (*Voir la suite page* 304)

FARINES MALTÉES JAMMET
de la Société d'Alimentation diététique
RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
Alimentation des Enfants
Farines très légères
RIZINE
Crème de riz maltée
ARISTOSE
à base de farine maltée de blé et d'avoine
CÉRÉMALTINE
(Arrow-root, orge, blé, maïs)
Farines légères
ORGÉOSE
Crème d'orge maltée
GRAMENOSE
(Avoine, blé, orge, maïs)
BLÉOSE
Blé total préparé et malté
Farines plus substantielles
AVENOSE
Farine d'avoine maltée
CASTANOSE
à base de farine de châtaignes maltée
LENTILOSE
Farine de lentilles maltée
CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS
Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — *Brochure et Échantillons sur demande.*
Dépot général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris.
LA MARQUE DE FABRIQUE EXIGER SALUS ET SCIENTIA
R. C. Seine : 208.358.



BIBLIOTHÈQUE M. D.
Extensible en hauteur et en largeur
Meuble moderne et pratique, composé de casiers vitrés qui se placent au-dessus et à côté les uns des autres permettant de commencer votre bibliothèque même avec un seul casier et de l'agrandir ensuite au fur et à mesure de vos acquisitions de livres
Les dessins ci-contre montrent l'augmentation progressive par l'adjonction de nouveaux casiers
Demandez le catalogue N° 11
23, rue Albert Paris (13e)



Se monte et se démonte facilement

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de syndrome de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure

Par A. PHILIBERT et Félix ROSE.

Les observations de syndrome de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, sans être exceptionnelles, sont cependant assez peu communes pour que soit justifiée la relation d'un nouveau cas, présentant d'ailleurs quelques particularités intéressantes.

Quoique les premières observations cliniques du syndrome remontent à une cinquantaine d'années, c'est à Wallenberg que revient le mérite de l'avoir séparé de l'ensemble des syndromes bulbaires et de l'avoir rattaché à une oblitération de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, hypothèse qu'il put confirmer quelques années plus tard par l'examen anatomique d'un de ses cas.

La circulation artérielle du bulbe est assurée surtout par la spinale antérieure, naissant de la vertébrale peu avant sa réunion avec son homologue pour former le tronc basilaire, et descendant à la face antérieure du bulbe et s'unissant, après un trajet plus ou moins long, avec celle du côté opposé ; et par l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, née de la vertébrale à un niveau légèrement inférieur ; très flexueuse elle embrasse le bulbe, allant de sa face antéro-externe à sa face postérieure, traversant les racines de l'hypoglosse, contournant ou traversant celles du pneumogastrique, pour arriver sur les côtés du 4e ventricule dans l'angle qui sépare le bulbe du cervelet ; là elle disparaît dans la profondeur et se divise en une branche interne, destinée au vermis et en une ou deux branches externes s'épuisant sur la face inférieure du cervelet.

Ces deux artères donnent naissance directement à toutes les fines artérioles centrales radiculaires, périphériques ou cordonnales et choroïdiennes qui portent le sang aux noyaux et aux fibres de chaque moitié du bulbe.

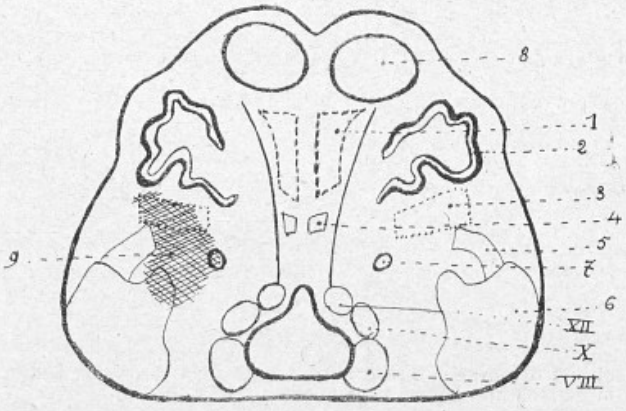
Et c'est justement la pathologie qui, par l'observation anatomo-clinique de cas d'oblitération de l'un ou de l'autre tronc vasculaire, a permis de délimiter leurs territoires, territoires qui, comme toujours, sont plus ou moins fixes dans leurs frontières.

A la spinale antérieure incombe l'irrigation de la pyramide, du noyau et des fibres de l'hypoglosse ; son occlusion unilatérale provoque une atrophie et une paralysie homolatérale de la langue et une hémiplégie, sans participation de la face, hétérolatérale, parce que les fibres pyramidales n'ont pas encore subi la décussation. C'est le syndrome antérieur ou interolivaire de Déjerine.

La cérébelleuse postérieure et inférieure irrigue la portion rétro-olivaire du bulbe, soit par les collatérales naissant directement d'elle pour s'enfoncer dans la face latérale, soit indirectement par les artères choroïdiennes, qui forment un plexus dont partent les vaisseaux destinés surtout au plancher du quatrième ventricule. Le territoire de ces dernières n'est qu'exceptionnellement atteint d'ischémie ou de ramollissement lors de la thrombose de l'artère-mère, sans doute à cause de la contribution à la constitution des plexus choroïdiens par les diverses artères de la région, tant gauche que droite (syndrome de Bonnier ou du noyau de Deiters).

La partie atteinte habituellement, en totalité ou en partie, a, sur une coupe transversale du bulbe une forme en triangle à base externe, dont le bord antérieur passe en arrière de l'olive et dont le bord postérieur, partant environ du milieu du corps restiforme, aboutit en avant et en dehors du noyau de l'hypoglosse. Ce territoire renferme, dans la moitié supérieure du bulbe, plus particulièrement touchée dans les oblitérations de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, la racine descendante et le noyau sensitif, attenant, du trijumeau ; en dehors d'eux le corps restiforme, en avant la substance réticulée grise latérale, enfin en dedans la substance gélatineuse de Rolando et le noyau ambigu, principal noyau moteur du vago-spinal. L'atteinte de ces formations donne lieu au tableau clinique habituel du syndrome qui nous occupe et dont les symptômes fondamentaux sont : l'hémianesthésie alterne à type de thermo-analgésie, face du côté de la lésion, corps et membres du côté opposé, syndrome sympathique oculaire (myosis, rétrécissement de la fente palpébrale et énophtalmie) homolatéral et tendance à la chute du côté lésé, enfin, mais moins constante, la paralysie laryngée ou palato-laryngée de ce même côté.

Les symptômes se manifestant du côté où siège la lésion bulbaire s'expliquent : la latéropulsion, par l'atteinte du corps restiforme et des fibres cérébello-olivaires, le syndrome oculo-sympathique, par celle de la partie antérieure de la région latérale et postérieure de la substance réticulée grise, où semblent passer les fibres sympathiques destinées à l'œil, tandis que les fibres accélératrices du cœur traversent la portion postérieure de cette région ; la paralysie vélo-palatine associée parfois à l'hémiplégie pharyngée est due à la lésion du noyau ambigu, qui n'est importante qu'à condition que la destruction du tissu nerveux gagne assez loin vers la ligne médiane. Au contraire



Légende. — 1) Fibres venant des noyaux de Goll et de Burdach (sensibilité profonde). — 2) Olive. — 3) Faisceau spino-thalamique sensibilité thermique et douloureuse). — 4) Faisceau de la sensibilité tactile. — 5) Racine descendante de trijumeau. — 6) Corps restiforme. — 7) Noyau ambigu (vago-spinal moteur). — 8) Pyramide. — 9) Lésion.

l'anesthésie de la face, presque constante, s'explique par l'atteinte de la grosse racine descendant du trijumeau, superficielle ou de la voie sensitive centrale du trijumeau. Dans le premier cas, selon Babinski, Claude et Lejonne, Déjerine, il y a anesthésie de l'hémiface à tous les modes : dans le deuxième cas, thermo-analgésie, variable en quantité et en qualité suivant l'importance du processus pathologique. Ces voies centrales, partant du noyau terminal du trijumeau, se joignent après entrecroisement aux fibres venant des autres parties du corps (tractus spino-thalamiens d'Edinger) qui se sont déjà entrecroisées après avoir traversé la corne postérieure de la moelle, sans s'y arrêter et gagné le bulbe par le cor-

© BIU Santé

don antéro-latéral. D'après Wallenberg, les fibres issues du trijumeau occuperaient la partie la plus interne du faisceau. Elles sont, dans le cas présent, atteintes avant leur entrecroisement.

La lésion des autres fibres du faisceau, déjà entrecroisées, qui occupent la portion rétro-olivaire externe de la substance réticulée grise, rend compte de l'hétéro-latéralité des troubles sensitifs dans le domaine des nerfs spinaux. Wallenberg, et après lui Goldstein et Baumann, distinguent dans le faisceau spino-thalamique une portion externe, répondant à la sensibilité du cou, des bras et de la partie supérieure du thorax et une portion moyenne correspondant à celle de la partie inférieure du corps, la limite entre ces deux portions étant constituée par la frontière commune à C IV et D I, à la face antérieure du thorax. Chacun de ces territoires peut être pris isolément et même partiellement.

A côté de ces signes fondamentaux du syndrome de l'artère cérébelleuse inférieure, on peut noter un certain nombre de symptômes qui, relevant d'une extension du processus désintégrant à d'autres territoires vasculaires, peuvent persister, mais qui, causés le plus souvent par la compression des régions avoisinantes par l'œdème, sont alors transitoires. Ce sont le nystagmus, les vertiges (noyau de la huitième paire), la paralysie du moteur oculaire externe et même du facial, l'hémiparésie de la langue, les troubles du goût (glosso pharyngien) ; tous ces symptômes moteurs et sensitifs occupant le côté homologue de la lésion. Enfin la glycosurie n'est pas rare.

Tel est le tableau typique du syndrome, dont notre observation s'écarte par un certain nombre de détails.

Observation. — C..., 61 ans, depuis quelque temps, éprouve pasagèrement une sensation de vertige ; le samedi 3 juin 1922, au matin, en se levant, il constate un léger déséquilibre, il a peine à se tenir sur ses jambes et a la sensation qu'il va choir du côté gauche. Cependant, il peut descendre son escalier, monter en taxi ; mais, à l'arrivée, il ne peut se tenir debout et pour monter un escalier, est obligé de s'accoter au mur.

A deux heures de l'après-midi, lors de l'examen, il présente une pâleur extrême de la face et l'on est frappé immédiatement par l'existence d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner, portant sur l'œil gauche. Il y a diminution de la fente palpébrale, diminution du tonus du globe oculaire, énophtalmie, myosis. On note, en outre, un très léger degré de nystagmus. L'œil droit paraît normal. Les réflexes lumineux et à la distance sont normaux pour les deux yeux.

Le malade ne peut se tenir debout ; dès qu'on le met dans la station verticale, il s'incline sur le côté gauche, sa jambe gauche fléchit et il tombe si on ne le retient pas ; il a une latéropulsion gauche monifeste. Cependant la motilité est intacte des deux côtés : le malade, étendu sur le lit, remue correctement les membres du côté droit et du côté gauche ; la force musculaire parait égale des deux côtés. Les réflexes tendineux sont diminués, mais cet état existe depuis longtemps et a déjà été constaté lors d'examens précédents.

La voix du malade est cassée ; sans être aphone, il a une voix faible, éraillée ; il présente de la difficulté de la déglutition sans qu'il y ait, cependant, paralysie complète du voile du palais ; les liquides sont avalés sans rejet par le nez, mais avec peine.

L'état intellectuel paraît intact ; les réponses sont correctes. Le malade ne se plaint pas de céphalalgie, mais il est assoupi et ressent des douleurs, d'une intensité d'ailleurs moyenne, dans la région de la nuque et dans la région occipitale gauche ; il est de plus, dans un état légèrement nauséeux.

Il ne présente ni adiadococinésie, ni ataxie. L'audition est intacte : le malade entend nettement une montre, à 80 centimètres, du côté droit et du côté gauche. Il n'a pas de bruits subjectifs dans l'oreille. Mais, en revanche, il présente une hémianesthésie droite, face exceptée, avec des sensations subjectives qu'il trace et limite lui-même. Cette hémianesthésie présente le type syringomyélique. La sensibilité thermique est abolie au chaud comme au froid dans toute la moitié droite du corps : la sensibilité superficielle à la piqûre est diminuée, mais la sensation tactile est conservée. Le malade se plaint en outre, de ce côté, de sensations subjectives superficielles d'eau qui coule à la surface de la peau, de frôlements de cheveux, etc.

Le reste de l'examen somatique révèle l'existence d'un petit souffle diastolique musical rétro-sternal se propageant vers la pointe ; mais le pouls n'est pas bondissant, il n'y a pas de pouls capillaire ou de choc en dôme de la pointe.

La tension artérielle prise au Vaquez-Laubry, en ce moment, est de 26 1/2 maximum, 15 minimum.

La ponction lombaire, pratiquée immédiatement, donne issue à un liquide céphalo-rachidien clair, coulant goutte à goutte, sans tension.

L'examen cytologique n'a révélé qu'un lymphocyte au plus par millimètre cube. La réaction de Wassermann s'est montrée négative. Pas d'albumine. L'examen des urines montre que celles-ci sont claires, ne renfermant ni sucre ni albumine. Température normale. Pas de fièvre.

Le traitement immédiatement appliqué consiste outre la ponction lombaire, le repos au lit et la diète, en l'administration d'un purgatif drastique (eau-de-vie allemande et sirop de nerprun) l'application de sangsues derrière l'oreille gauche et de sinapismes sur les jambes.

Le lendemain, 4 juin, l'état est sensiblement le même, cependant la tension artérielle a légèrement diminué : elle n'est plus que de 25/15. On donne un nouveau purgatif.

Le 5 juin, état stationnaire, mais moins sérieux. Le malade n'a pas encore eu de selle. Il avale mieux ; d'autre part, le souffle aortique a disparu ; la tension artérielle est encore abaissée et n'est plus que de 20 1/2-12.

Le 6 juin, même état ; on administre un lavement. Tension artérielle de 20 1/2-12.

Le 7, Le malade a eu une selle copieuse. La tension artérielle est de 18 1/2-10. Il y a un mieux sensible ; le malade est moins somnolent ; il avale avec plus de facilité les quelques boissons qu'on lui donne.

Le 8 juin, la tension artérielle a légèrement remonté . 20-12 mais les symptômes nerveux commencent à s'amender : la latéropulsion est légèrement diminuée ; le malade peut faire quelques pas étant soutenu, sans tomber. L'état de l'œil est, stationnaire.

Le 9 juin : la tension artérielle est de 20 1/2-12. Dans la nuit le malade a ressenti quelques douleurs occipitales qui s'étaient amendées les jours précédents ; il se plaint d'avoir du ballonnement du ventre.

Le 10 juin et le 11 : état stationnaire.

Le 12, la tension artérielle monte brusquement à 25-15. Il n'y a pas eu de selle depuis le 7 ; on donne un purgatif et un lavement.

Le lendemain 13, la tension artérielle est redescendue à 19-12 ; le malade est allé à la selle. Le mieux général est sensible ; le malade peut faire quelques pas avec une canne.

Le 16, la tension artérielle est de 20 1/2-12.

Le 20, elle est de 19 1/2-12.

Au 25 juin, le mieux s'est accentué de jour en jour ; le malade se lève, marche dans sa chambre avec une canne, la sensation de latéropulsion diminue, l'état de la sensibilité s'est amélioré. A noter cependant que, dans les premiers jours, le malade s'est fait une brulûre légère, qu'il n'a point sentie, avec une boule d'eau chaude. Le malade a une perception meilleure de la piqûre ; il semble que la sensibilité thermique s'améliore également.

Le 26, la tension artérielle remonte encore brusquement à 24-15. On donne à nouveau un purgatif et un lavement, et la tension s'abaisse, le lendemain 27, à 19.

Depuis ce moment, le mieux s'accentue graduellement ; le malade sort, la sensation de latéropulsion diminue progressivement et la sensibilité revient peu à peu.

Le 31 juillet, un examen complet montre la disparition de presque tout le syndrome. Il n'y a plus de latéropulsion ; la sensibilité générale est redevenue presque normale ; les douleurs ont complètement disparu, seul l'état de l'œil persiste, quoique amélioré. On ne trouve plus trace de son souffle aortique, mais la constipation persiste et doit être combattue par de petits laxatifs quotidiens. Le malade part à la campagne.

En novembre 1922, au retour de la campagne, un nouvel examen confirme ce bon état : le malade a engraissé, tous les troubles nerveux ont disparu, la tension artérielle est de 18 1/2-12 et elle va s'y maintenir désormais sous l'influence du régime de restriction qui a été imposé au malade et que celui-ci continue de suivre : régime lacto-fruito-végétarien, avec une très minime quantité de viande, suppression complète du vin, des exercices violents, des émotions.

Depuis cette époque jusqu'en janvier 1924 l'état de santé est

© BIU Santé

resté satisfaisant ; la tension se maintient au même niveau ; l'œil gauche est resté légèrement plus petit, mais le tonus paraît égal à celui de l'œil droit et l'énophtalmie est à peine marquée ; il semble, d'ailleurs, que l'état de l'œil varie d'un jour à l'autre.

En résumé, il s'agit d'un homme de 61 ans qui, atteint d'hypertension artérielle permanente, mais modérée, est pris, à l'occasion d'une crise paroxystique d'hypertension, d'un syndrome bulbaire qui se constitue en quelques heures et est caractérisé par de la latéro-pulsion gauche, d'un syndrome oculo-pupillaire de Claude-Bernard-Horner gauche, et d'une thermo-analgésie droite respectant la face, avec douleurs et sensations cutanées subjectives de ce même côté. Tout au début existèrent du vertige, des troubles de la phonation et de la déglutition, sans hémiparalysie vélo-palatine, nettement appréciable.

Sous l'influence du traitement hypotenseur, le syndrome subit une évolution régressive, malgré la survenue de plusieurs poussées d'hypertension, aussitôt combattues.

Environ deux mois après le début tous les symptômes nerveux ont disparu à l'exception d'un reliquat du syndrome sympathique oculaire, qui disparut également dans la suite.

Les circonstances pathogéniques et l'évolution montrent que le processus anatomique ne fut pas destructif, mais qu'il s'agit seulement d'une mise hors fonction d'un territoire limité de l'hémi-bulbe gauche par un spasme artériel.

Les considérations que nous avons énoncées plus haut, nous dispensent de démontrer que ce territoire est celui d'un certain nombre de rameaux de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. Le spasme artériel n'a pu atteindre le tronc même de l'artère, puisque certains symptômes du syndrome étaient absents.

Le manque de l'anesthésie, complète ou dissociée, de l'hémiface gauche indique en effet que tant la racine sensitive descendante du trijumeau gauche que les fibres centrales issues du noyau sensitif de ce nerf ont été respectées. Cela implique une limitation du territoire ischémié non seulement en profondeur, mais encore en hauteur, puisque ces dernières fibres auraient dû être frappées en grande partie, pour peu que la lésion s'étendît vers la partie inférieure du bulbe (voyez la figure). Il est probable cependant qu'un petit nombre de ces fibres centrales ont été atteintes, mais leur nombre très restreint n'a dû causer qu'une hypoesthésie trop faible pour pouvoir être mise en évidence dans les premiers jours de la maladie.

Les douleurs et autres troubles sensitifs subjectifs dans le territoire anesthésié, quoique inconstants, ont été signalés dans d'assez nombreuses observations.

L'évolution favorable de l'affection, le plus souvent grave, n'est pas exceptionnelle, fait à retenir et dû à l'absence de ramollissement qu'a permis d'éviter l'intervention thérapeutique immédiate qui fit diminuer, puis cesser le spasme artériel. C'est à elle aussi qu'il faut attribuer l'absence de tout reliquat fonctionnel, chose tout à fait rare.

Les échéances de la pathologie anténatale,

Par **Henri VIGNES.**

Une tare morbide antérieure à la naissance peut manifester ses effets à des périodes diverses de la vie.

1° **Certains de ces effets s'observent dès la naissance,** qu'il s'agisse de maladies ou qu'il s'agisse de malformations ;

2° **D'autres fois, l'influence morbide parentale se révèle seulement pendant les premiers mois de la vie,** et ce sont des cas parfois bien difficiles à interpréter, car, si, pour certains enfants, le poids et l'état général constatés dès la naissance guident le diagnostic, il en est d'autres qui semblent normaux et qui pourtant s'élèvent difficilement par le fait d'une moindre vitalité.

Encore que le poids constaté à la naissance ne soit pas un critérium absolu de la « valeur vitale », il n'en est pas moins vrai qu'en gros, les beaux enfants s'élèvent mieux que les maigrelets. Tout récemment, Allen et Bagg, étudiant, en une série ininterrompue de 500 naissances, la croissance des nourrissons en fonction de leur poids initial, arrivaient à la conclusion que les enfants dont le poids dépasse la moyenne, s'élèvent mieux que ceux dont le poids est voisin ou inférieur à celle-ci. Le groupe le meilleur, cependant, est celui-ci des deuxièmes-nés dont le poids est voisin de la moyenne. Tous les enfants présentant une anomalie croissent moins bien que les autres (1).

D'une façon générale, la débilité congénitale, qu'elle soit due à la prématurité, laquelle est fréquente dans les familles tarées, ou qu'elle soit liée, malgré une naissance à terme, à une tare anténatale, est bien connue comme cause de mortalité infantile. C'est un point sur lequel le professeur Pinard, en France, a insisté tout au long de sa carrière professorale avec un éclat que je tiens à rappeler.

A titre de simple illustration, je vous cite en plus, une statistique anglaise de 1918 qui me tombe sous la main. Newsholme, étudiant les causes de la mortalité infantile dans le Comté de Durham, trouvait en une année les chiffres suivants comme causes de mort au cours de la première année :

Débilité congénitale ...	7.637	Bronchite	1.182
Diarrhée	5.476	Coqueluche.....	758
Pneumonie	2.028	Rougeole.....	567

M. H. Barbier a consacré au sujet suivant : « Les influences héréditaires dominent le développement des nourrissons », une très intéressante leçon clinique, publiée dans *Pédiatrie* du 15 juin 1914. Les faits signalés dans ce travail ont un intérêt extrême. Il va de soi d'ailleurs qu'il ne faut pas en généraliser la fréquence et que la plus grande cause d'hypothrepsie reste l'alimentation insuffisante.

Il va de soi aussi que, fidèle aux définitions données, nous aurions préféré dans le titre de l'article de M. Barbier, le mot d'influences anténatales au mot d'influences héréditaires, mais le tout est de s'entendre. Le nourrisson, pour M. Barbier, a quatre grandes fonctions :

conserver sa chaleur ;
maintenir son poids ;
résister aux infections et intoxications ;
augmenter de poids et de volume.

« La conservation de la chaleur animale, dit M. Barbier, est de toutes ces fonctions, celle qui demande à l'organisme le moindre effort puisqu'elle se fait aux dépens des hydrocarbonés et des graisses, à l'exclusion des albuminoïdes. Or, il y a des nouveau-nés qui sont incapables de conserver leur chaleur. Les uns meurent quoiqu'on fasse, les autres ne se maintiennent qu'à force de soins. Mais, pendant un temps plus ou moins long, ils ne peuvent ni garder leur poids initial, ni, à plus forte raison, gagner un poids légitime. Ces phases hypothermiques s'observent couramment chez les atrophiques intoxiqués,

(1) Facteurs gouvernant le gain dans la première année. *Boston med. and surg. Journal*, 6 sept. 1923, p. 349.

© BIU Santé

et pendant ce temps leur poids s'abaisse, à moins qu'on ne masque artificiellement ces chutes pondérales par des injections salines. Quand ces enfants peuvent, grâce aux soins qu'on leur donne, persister à vivre pendant ces périodes d'hypothermie, on observe que la reprise de poids est toujours précédée du retour à la température normale du corps ».

D'autres enfants gardent leur température, mais ne peuvent conserver leur poids.

D'autres conservent leur poids sans s'accroître. D'autres s'accroissent de façon insuffisante : 5 gr., 10 gr., 15 gr. par jour c'est tout ce que peut réaliser leur effort physiologique. Ces enfants, dit M. Barbier, « on ne saurait, sans danger, les *forcer*, pour ainsi dire, par une « alimentation excessive. Dans ces cas, on aura pendant quelque « temps l'illusion d'un développement normal, mais cet état de cho- « ses conduira fatalement aux accidents d'intolérance digestive, aux « intoxications, à l'infiltration, qui est précisément si commune dans « ces circonstances ».

Ultérieurement, ces enfants améliorent « leur fonctionnement organique défectueux, par la constitution lente et amoindrie de nouveaux tissus ou de nouvelles cellules glandulaires moins impressionnées déjà par l'influence héréditaire, c'est-à-dire plus saines, plus actives ».

Comme illustration de ces faits, M. Barbier a présenté des courbes de croissance concernant des enfants atrophiques. « Sur ces courbes d'atrophiques qui ont fini par se développer, on observe trois phases bien nettes, et dont la *durée* varie, pour les deux premières, de *quelques semaines à plusieurs mois*.

a) une première avec hypothermie, poids décroissant, accidents intestinaux fréquents ;

b) une deuxième avec température normale, poids stationnaire ou oscillant, accidents intestinaux atténués.

c) une troisième avec amélioration constante de tous ces symptômes et une augmentation plus ou moins rapide, plus ou moins régulière du poids.

Et ces faits sont d'autant plus remarquables *qu'ils sont indépendants de l'alimentation*, supposée parfaite et en rapport avec les capacités d'assimilation de ces enfants. Ces épisodes se produisent, l'*alimentation restant constante*. Ce n'est donc pas l'alimentation qui provoque ces changements favorables. *c'est la façon dont l'organisme de l'enfant l'utilise*. C'est là qu'est l'intérêt de ces observations. La reprise du poids s'accompagne d'autres phénomènes fonctionnels qui sont l'indice sûr d'une reprise analogue des fonctions physiologiques de l'enfant ».

Enfin, ces enfants tarés se défendent mal contre les infections.

« Mais, ce sont surtout les *accidents digestifs* qui sont graves et fréquents. Ces enfants tarés ne supportent pas les albumines hétérogènes ou ils les supportent mal ; on est porté trop souvent parce qu'ils ne poussent pas, ou qu'ils poussent mal, à en exagérer les doses ; c'est ainsi qu'on détermine chez eux des accidents d'une fréquence et d'une gravité dont nos services nous montrent chaque jour des exemples ».

Au total, il est évident que plus un enfant est taré héréditairement et moins ses chances de vie sont bonnes. J'en veux rapporter ici une preuve assez curieusement établie que j'emprunte à une publication anglaise.

Miss Helen Y. Campbell a eu la patience de compter, pour tous les enfants soignés à la Clinique municipale de Bradford, en 1916, toutes les tares que ces enfants présentaient ; c'est à savoir : 1° lésion principale qui avait amené à consulter, 2° lésions concomitantes de second plan, qui ne se rapportent pas à notre sujet, et 3° anomalies morphologiques et maladies héréditaires qui s'y rapportent tout à fait. Elle fit le total de ces tares et la moyenne par enfant. Or, 191 enfants décédés donnaient un total de 1.658 tares, soit huit tares et demie par enfant, alors que les survivants n'avaient que quatre tares en moyenne.

3° **Dans d'autres cas encore, la tare se révèle seulement au bout de quelques années**, donnant des troubles de la croissance, des anomalies morphologiques ou psychiques, une évolution anormale de la puberté. C'est ainsi que Lancereaux, parlant de l'alcoolisme, s'exprime ainsi : « Les enfants « d'alcooliques sont souvent doux et intelligents au début de « leur vie ; bientôt ils deviennent emportés, bizarres et leur « intelligence subit un temps d'arrêt. S'ils conservent leurs fa- « cultés intellectuelles, ils restent mal équilibrés, d'une suscep- « tibilité nerveuse extrême ».

Les effets d'une tare morbide parentale peuvent d'ailleurs ne pas être des causes d'infériorité et il me faut vous signaler une curieuse conclusion à laquelle est arrivé F. de Angelis, d'après l'examen de 200 enfants qu'il observa dans un orphelinat et à qui il pratiqua la réaction de la tuberculine et la réaction de Wassermann. Il put ainsi créer quatre groupes dont la croissance lui donna des résultats assez paradoxaux ainsi que le montrent les pourcentages suivants.

Développement physique.

	Au-dessus de la normale	Normal	Au-dessous de la normale	
Réaction négative	23	34	43	%
Wassermann positif	22	38	41	%
Tuberculine positive	24	32	45	%
Wassermann et tuberculine positifs	49	22	30	%

Il va de soi que de Angelis a exclu de cette statistique les enfants présentant des accidents de syphilis ou de tuberculose. Nous devons cependant considérer les chiffres ainsi obtenus comme se rapportant à des évolutions morbides réelles, mais latentes. Toujours est-il que de Angelis donne de ces faits l'interprétation suivante : les fonctions organiques sont stimulées par la défense contre la tare et c'est de cette stimulation que naîtrait l'exagération de croissance (1).

4° **Enfin, il arrive que les effets de la pathologie anténatale et de l'hérédité morbide se montrent seulement chez les adultes**. C'est un fait bien connu pour beaucoup de maladies et on connaît un nombre de plus en plus grand d'affections de l'âge mûr ou même de la vieillesse qui n'ont pas d'autres causes qu'une prédisposition familiale ou une maladie congénitale restée latente.

Par exemple, Heidenhain et Gruber (2) ont récemment insisté sur ce qu'un grand nombre de troubles gastriques de l'adulte résultent d'une sténose congénitale du pylore dont les symptômes, soit spontanément, soit médicalement, sont devenus latents au cours de l'enfance. Il est possible que l'ulcus gastrique s'apparente à ces faits.

Le mécanisme des échéances morbides.

Il y a des cas où, dans les conditions actuelles d'observation et d'étude, les accidents héréditaires se produisent à une date fixe, qui donne l'impression d'une échéance inéluctable : quelque chose comme ces bombes à retardement qui éclataient à une heure donnée, après le départ de l'ennemi. C'est ainsi que certaines maladies héréditaires apparaissent au cours des générations successives très exactement au même âge ou à un âge de plus en plus précoce avec le nombre des générations successivement atteintes.

Cette impression se dégage aussi de certains faits observés sur des frères et sœurs. Par exemple, Lohlein a rapporté l'observation de trois sœurs qui avaient eu, chacune, un double kyste de l'ovaire ; or, deux d'entre elles avaient vu les accidents débuter au même âge.

Cette *homochronie* se manifeste parfois d'une façon frappante chez certains jumeaux. Récemment, Burkard a publié l'observation de deux sœurs qui avaient eu un fibrome-adénome du sein :

à la même époque,
sur le même côté ;
dans le même quadrant.

A la différence de tels cas qui restent un peu mystérieux, il en est un très grand nombre où il est possible de comprendre la cause de l'échéance.

1° **Tantôt il s'agit d'une question d'intensité de l'agent morbifique**. Dans certaines maladies humorales, on peut dire que l'augmentation du trouble des humeurs renforce la « mise en charge » héréditaire. Par exemple, M Apert note que « l'hérédité goutteuse va se renforçant au fur « et à mesure que le générateur est plus profondément atteint.

(1) Développement physique des enfants infectés. *Pediatria*, 1er avril 1923, p. 357.

(2) Sténoses congénitales du pylore chez l'adulte. *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, mai 1923, p. 330.

© BIU Santé

« L'aîné des enfants est, pour cette raison ordinairement « moins atteint et moins précocement que les cadets ».

Les maladies congénitales d'origine infectieuse nous donnent des exemples de ce fait, et, particulièrement, la syphilis.

Une syphilis très virulente déterminera une septicémie fœtale et la mort *in utero* — et ce, avec peu ou pas de lésion dans certains cas. Un degré de moins dans la virulence et l'enfant naît à terme ou avant terme avec des lésions syphilitiques rapidement mortelles. Un degré de moins encore, et l'on n'aura d'accidents qu'au cours des premiers mois. Enfin, dans d'autres cas, la syphilis reste atténuée, occulte et c'est seulement beaucoup plus tard, sous des influences mal connues, dans des cas d'ailleurs rares, qu'elle se réveillera pour donner ces accidents tardifs dont FOURNIER a donné une description magistrale.

2° **Dans d'autres cas, les échéances sont déclanchées au gré des circonstances et du milieu.** « L'hérédité, dit LEGENDRE, ne se réalise pas à un moment donné, une fois pour toute la vie.... Elle demeure à l'état latent et se manifeste peu à peu par petits à-coups successifs pendant toute la période du développement. *A chaque moment, les diverses conditions intérieures et extérieures contribuent à sa réalisation.* »

De ces diverses conditions, je crois qu'il faut en retenir trois, c'est à savoir :

le rôle des croisements,

les modifications normalement subies par l'organisme,

la persistance de l'action qui a été primitivement morbifique.

Les croisements peuvent avoir une influence sur une tare héréditaire ; cette influence peut être heureuse. C'est ainsi que souvent la mère combat l'influence morbide paternelle, et cela peut se voir dans les contes de fées quand les rois épousent les bergères.

Malheureusement, il est bien rare que les alliances comportent un tel souci d'eugénétique et il y a bien des mariages auxquels le mot de mésalliance se peut appliquer : tantôt l'on marie ensemble deux fortunes et deux patrimoines morbides ; tantôt, il s'agit d'union plus disparate, mais l'idée d'une sélection rationnelle n'y a pourtant qu'une place minime, car tout résulte d'un entraînement déréglé, d'une part, et, de l'autre côté, de procédés de séduction qui n'impliquent pas une souche parfaitement désirable.

Les modifications diverses que subit l'organisme au cours de son développement ou sous l'influence de facteurs nocifs peuvent contribuer à faire éclore une tare latente. — Par exemple, dans un travail récent, MOTT (1) insiste sur ce que les maladies mentales reconnaissent comme cause principale le facteur anténatal, mais, comme causes occasionnelles, des évolutions sexuelles (puberté ou ménopause) ou les grandes épreuves organiques (lactation et gestation).

De même ZABRISKIE, étudiant la syphilis congénitale à manifestations tardives (2) a rapporté des cas où l'affection jusque-là latente revêtait une allure progressive. Or, il se demande si, en ce qui concerne le système nerveux, l'évolution normale qui fait de ces cellules d'abord exclusivement protéiniques, des cellules riches en lipoïdes, ne peut pas avoir un rapport avec le déclanchement de la localisation nerveuse. Des causes morbides accidentelles peuvent aussi avoir un effet néfaste. C'est ainsi que, dans le mémoire de ZABRISKIE que nous citions, un choc émotionnel, un surmenage, ont pu déclancher le processus.

Le fait que la cause première de l'affection envisagée persiste ou ne persiste pas a une importance extrême — Prenons l'enfant d'un alcoolique qui présente du fait de l'intoxication paternelle certaines tares. Si, lui-même ne s'intoxique pas, ses enfants pourront être tarés mais le seront peu. C'est ainsi qu'en Suède, dès la mise en vigueur des lois anti-alcooliques, on vit la génération procréée après la loi s'affirmer comme beaucoup moins tarée que les générations précédentes.

Mais, si le fils de l'alcoolique, lui aussi, s'adonne à l'alcoolisme, les tares de ses enfants seront graves et précoces. Il faut bien savoir d'ailleurs que certains poisons arrivent à être nécessaires à certaines lignées, et, à force d'y chercher un stimulant, l'état des descendants va s'aggravant.

Citons encore l'exemple de la goutte. On sait que la goutte et les maladies du même groupe sont difficilement combattues par une hygiène qui reste dans d'aimables limites. Mais une discipline plus sévère permet d'en éviter les fâcheuses échéances comme dans l'observation suivante où, cependant, une maladie intercurrente eut le fâcheux effet qu'on verra .

« J'ai eu à soigner, dit M. APERT, une Carmélite, chez qui une pre-« mière attaque de goutte ne s'est manifestée qu'à l'âge de cinquante-« cinq ans, à l'occasion d'une congestion pulmonaire ; depuis vingt-« cinq ans qu'elle avait prononcé ses vœux, cette femme suivait les « règles de son ordre et n'avait pas mange de viande ; mais elle appar-« tenait à une famille où la goutte était habituelle et précoce ; on peut « croire que son genre de vie sévère a retardé de longues années la « manifestation de sa disposition morbide ; peut-être même l'aurait-« elle évitée complètement si son équilibre nutritif n'avait pas été « troublé par une infection aiguë ; la congestion pulmonaire ».

Lorsque les causes morbides vont ainsi s'additionnant de génération en génération, une famille tend à fournir un nombre de plus en plus grand d'individus tarés ; et c'est, à juste titre que l'on peut parler de dégénérescence.

Certes, il ne faut pas considérer la dégénérescence comme un processus essentiel, qui, une fois déclanché continue fatalement sa marche, mais comme la résultante d'actions banales, banalement répétées. « Ce qui me semble, plus que tout, « dit M. APERT, caractéristique de l'état de dégénérescence, « c'est la déchéance totale de l'organisme, le chétivisme d'une « part, la multiplicité ou du moins la pluralité des conformations « vicieuses d'autre part ». Et il ajoute très justement ceci : « Toutes les causes qui entraînent.... un état de souffrance « des parents peuvent entraîner cette dégénérescence des pa-« rents ».

Ces causes dont parle M. APERT sont multiples, mais nulles ne sont plus réalisables que celles liées à l'excès du bien-être et de la civilisation.

Certes, comme dit CONKLIN, « il n'est pas douteux que « l'homme peut, lui aussi, s'adapter lentement aux condi-« tions de la haute civilisation. Certaines familles royales « d'Europe remontent à six ou huit cents ans, et, en général, « quand une famille survit aux nouvelles conditions d'abon-« dance et de luxe pendant plus de trois générations, elle « parvient à s'y adapter plus ou moins ».

Pourtant dans le plus grand nombre des cas, les tentations répétées que comportent le luxe et la richesse ont tôt fait de venir à bout d'une lignée et d'en diminuer puis d'en éteindre la vitalité. Voyez plutôt la statistique de FAHLENBECK. Cet auteur, que je cite d'après CONKLIN, a étudié l'extinction de 133 familles nobles de Suède. Or, ses conclusions peuvent se résumer dans le tableau suivant :

le dernier mâle meurt non marié dans 45 % des cas ;
le dernier mâle meurt avant sa majorité dans 39 % ;
le dernier mâle se marie : ménage stérile dans 11 % ;
le dernier mâle se marie et procrée une fille dans 5 %.

Je ne vous dis pas de tels chiffres sans un serrement de cœur car c'est un peu sonner le glas des familles et des peuples qui se sont donnés trop de bonheur.

(1) Les organes génitaux et les maladies mentales. *British med. Journal* 25 mars 1922, p. 463.

(2) Facteurs qui conditionnent le développement des lésions neuro-syphilitiques dans la syphilis congénitale tardive. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 18 août 1923, p. 523.

Une affirmation sans preuve. — M. le Pr Léon Bernard a qualifié la conception syndicaliste du dispensaire antituberculeux de « projet qui choque à la fois le sens commun et la moralité professionnelle ».

« Ce sont là, dit le Dr J. NOIR (*Concours médical*, 6 avril 1924) des affirmations sans preuve, et nos Syndicats médicaux et les 16.000 médecins praticiens qui les composent n'ont à recevoir de leçon de moralité professionnelle de personne. Ils seraient même plutôt capables d'en donner à certains, même très haut placés ».

© BIU Santé

CLINIQUE UROLOGIQUE

La cysto-radiographie

D'après une leçon de M. le professeur LEGUEU.

Le professeur Legueu montre dans cette leçon l'importance de la *cysto-radioscopie*, c'est-à-dire l'intérêt des renseignements qu'on peut obtenir avec cette méthode pour l'étude de la pathologie vésicale et le perfectionnement du diagnostic des maladies de la vessie. La cysto-radiographie est l'une des dernières acquisitions de la radiologie. Elle consiste, en somme, à préparer la vessie à peu près comme on prépare l'estomac ou l'intestin, en y introduisant une solution de bismuth opaque, de façon à obtenir une image assez nette sur l'écran.

La vessie, à l'état normal et sans préparation aucune, ne donne aucune image, à peine une ombre. Dans certains cas cependant de cystite invétérée, avec un peu d'induration des parois vésicales, on voit une masse ayant l'aspect d'une sorte de boule, de globe, correspondant incontestablement à la vessie. Mais, à la vérité, sans préparation, il n'y a aucun renseignement à attendre de la cysto-radiographie. Il faut donc mettre dans la vessie quelque chose ; comme on met du bismuth dans l'intestin, ou du collargol dans le rein, il faut mettre dans la vessie du bismuth. On emploiera une solution de *carbonate de bismuth* au dixième, c'est-à-dire à 100 pour mille. On n'a pas à craindre dans la vessie l'accumulation du bismuth et la formation ultérieure de noyau de calcification, car l'évacuation dans les neuf dixièmes des cas, se fait dans des conditions extrêmement favorables. Il n'y a donc pas à craindre la rétention de quelques fragments de bismuth. Dans les reins, ce n'est pas la même chose. C'est pourquoi on ne peut pas se servir pour la pyélographie des mêmes solutions que pour la cysto-radioscopie. D'abord, dans le rein il faut mettre des substances capables de traverser des canaux d'un tout petit calibre ; une solution bismuthée assez dense ne passerait pas. De plus, il faut que ces substances, après avoir été introduites dans le rein, en puissent sortir, et ce n'est pas le cas du bismuth.

Dans la cysto-radiographie, ces inconvénients ne sont pas à craindre. On pratique l'injection de la solution bismuthée dans la vessie, puis on porte le malade dans la salle de radiographie. On fait la radiographie, puis la solution introduite dans la vessie s'élimine spontanément. Cette exploration ne comporte donc aucun inconvénient.

A ce point de vue les malades sont dans des conditions comparables à ceux qui, pour l'examen de l'estomac ou de l'intestin, reçoivent du bismuth ; ils ont des selles noires, par suite de l'élimination du bismuth, ce qui n'a pas d'importance et aucun inconvénient.

Quelles sont les applications de la cysto-radiographie ?

D'abord, à l'état normal, la vessie n'a pas la même forme chez tout le monde. Il y a ici les mêmes particularités qui existent pour le nez, les yeux, les oreilles, etc. Il y a des individus qui ont la vessie très arrondie, d'autres en forme de poire : on sait que la vessie descend de l'ombilic et qu'elle est d'abord réunie à l'ombilic par l'*ouraque*. Il y a des vessies qui se souviennent de leur origine et restent attachées à leur partie supérieure. Elles présentent une sorte d'infundibulum qui s'étend jusqu'à l'ombilic. Certains enfants viennent au monde avec cette difformité, à savoir une fistule congénitale de la vessie, ouverte à l'ombilic.

Il y a des vessies en forme de boule, de globe, de cône.

Le professeur Legueu rappelle qu'il a été le premier à appliquer la cysto-radiographie au diagnostic des *tumeurs* de la vessie.

La cysto-radioscopie a servi à élucider des points très importants de la physiologie normale ou pathologique de la vessie.

La forme de la vessie varie beaucoup suivant les conditions dans lesquelles se trouve l'individu ; par exemple, dans la grossesse, il peut y avoir une modification particulière de sa forme habituelle.

Quand on examine une vessie à l'état de miction, on voit, comme le professeur Guyon l'avait établi autrefois, que la vessie se contracte de haut en bas, toutes ses forces tendent vers le col et le trigone. La vessie en se contractant conserve son diamètre transverse, alors qu'elle perd son diamètre vertical.

Ici, un fait curieux est à noter. Au moment de l'évacuation, il y a une élévation de la vessie, qui est telle que, sur la radiographie, on a l'impression que les uretères sont en dehors de la vessie.

Voici la radiographie d'une vessie d'*ataxique*. Cette vessie présente une déformation assez accentuée. Sur un côté du gros globe normal apparaît une hernie. C'est une vessie en partie paralysée.

Quand la vessie ne reçoit plus son influx normal, il se produit des distensions irrégulières. On aperçoit à la périphérie de petites cellules, constituant une espèce de chevelu. Ces petites cellules indiquent la lutte qui existe entre le contenu de la vessie et la musculature. Ce sont des hernies de distension. Cet aspect correspond à ce qu'on a appelé la *vessie plexiforme*, la *vessie à colonnes*.

Quand on fait l'examen cystoscopique de ces vessies, au lieu de voir une muqueuse lisse normale comme chez un sujet de 20 ans, on trouve des stalactites de tous côtés, et des hernies de la muqueuse, se caractérisant par des dépressions.

Il ne faut pas croire que la vessie à colonnes est caractéristique de l'*ataxie lacomotrice*, ou de la paralysie médullaire. C'est chose normale à partir de 30 ou 25 ans, chez l'homme et de plus en plus accentuée à partir de cet âge. Il ne faut pas croire que ce soit caractéristique, comme les Américains ont voulu le dire, de la vessie paralysée. Néanmoins ceci peut se produire au cours de l'ataxie.

***

La cysto-radiographie va permettre d'étudier un point de pathologie vésicale nouveau, connu seulement depuis quelques années, c'est la question des *diverticules vésicaux*.

Depuis longtemps on connaissait, pour en avoir rencontré dans les autopsies, les diverticules vésicaux, représentant plus ou moins deux vessies, différentes de capacité, l'une grande, l'autre petite. Mais ce qu'on ignorait autrefois, c'était la fréquence réelle de ces diverticules, car ils peuvent passer inaperçus ou méconnus au cours de l'existence, et c'est une affection dont on ne meurt pas habituellement, car si certains diverticules doivent entraîner la mort, ce n'est qu'à la faveur d'une infection ascendante, avec cystite, péricystite et des désordres accentués, ce qui n'apparaît que très tardivement, de sorte que bien des individus portent un ou deux diverticules vésicaux sans s'en douter. On les constate avec la cysto-radiographie. C'est certainement l'application la plus intéressante de cette méthode d'exploration.

Ces diverticules existent donc autour de la vessie, tantôt dans la partie basse, tantôt dans la partie supérieure, ce qui est plus rare ; généralement le diverticule siège au niveau de la ligne urétérale, droite ou gauche, quelquefois en arrière.

Quand ils ont le volume d'une noisette, ils ne se caractérisent guère par aucune manifestation.

Quand ils sont considérables, qu'ils atteignent les dimensions d'une autre vessie, généralement il y a des troubles de rétention. Ce sont des individus chez lesquels on s'aperçoit par hasard de l'existence de ces diverticules. Ils ont contracté une infection des uretères. On fait l'examen cystoscopique, et on finit par rencontrer dans un champ cystoscopique un large trou noir. Il ne correspond pas à un orifice urétéral. C'est donc l'orifice d'une cellule. Mais cette cellule, dont on ne voit que l'orifice, est-elle profonde, grande ou petite ? On n'en sait rien. Seul un examen radiographique de la vessie peut renseigner sur ses dimensions ;

© BIU Santé

il montrera si cet orifice communique avec une cellule grande, petite ou moyenne.

Avant la cysto-radiographie, on employait un autre système : on mettait dans l'orifice de la cellule une sonde urétérale opaque et on la poussait, puis on faisait une radiographie, mais cela ne donnait pas l'image de la dilatabilité de la cellule, c'est-à-dire de ses dimensions, ni de la connexion qu'elle avait avec la vessie, ni du pédicule, ni de la multiplicité des cellules ou des diverticules, qui la répartissent quelquefois dans deux ou trois directions différentes.

Au contraire, grâce à la cysto-radioscopie, on arrive parfaitement à voir les diverticules, leur nombre, leur siège, leur dilatibilité, leur connexion à la vessie ; l'indépendance du pédicule, la contractilité de l'orifice.

Voici, par exemple, l'image d'une cystoscopie, au cours de laquelle on constate un trou noir de grande dimension. Est-ce l'orifice urétéral ? On peut en voir d'aussi grands. Mais celui-ci est au-dessus de la zone urétérale, ce ne peut donc pas être un orifice urétéral. C'est l'orifice d'une cellule. On voit à côté un petit calcul, qui a été expulsé par cette cellule, et qui de temps à autre y rentre, cette cellule, ayant des calculs à intermittences, à répétition ; les calculs de ce genre sont quelquefois une cause de récidive après la lithotritie.

Pour connaître la profondeur de cette cellule, dont la cystoscopie ne fait voir que l'orifice, il n'y a qu'un moyen, c'est de faire une cysto-radiographie. Celle-ci montre que la vessie est pourvue d'une toute petite vessie-fille, qui s'unit à elle par la main, représentée par ce pédicule filiforme. Il semble que l'opération, c'est-à-dire l'ablation d'un tel diverticule soit facile ; il en est autrement en réalité. En tout cas, la radiographie montre là un type très net de cellule vésicale, et la forme en poire de la vessie. La cellule est à une certaine distance de la vessie, parce qu'il y a un pédicule assez long, mais extrêmement mince.

La cysto-radiographie a permis une étude très intéressante de la physiologie pathologique de ces diverticules.

Il y a un symptôme qui depuis longtemps avait frappé l'attention des urologistes. Lorsqu'il s'agissait d'une grande cellule, les malades avaient le phénomène de la *miction en deux temps*. Ils venaient vous dire : j'urine en deux fois. Quand j'ai fini, cela recommence, et je retire encore une grande quantité d'urine.

C'était une *miction en deux temps*. Et en effet, ces cellules ne se vident pas en même temps que la vessie, parce que l'orifice de communication du diverticule et de la vessie est un orifice contractile, il est fait de muscle, et, par conséquent quand la « grande vessie » se contracte, elle contracte cet orifice, et cet orifice se ferme : le diverticule est fermé, étranglé, il ne peut pas se vider, et il ne se vide que lorsque la grande vessie entre dans le repos. A ce moment, la communication se rétablit, le diverticule verse son contenu dans la vessie, et le phénomène de la miction en deux temps se réalise. A la cysto-radiographie, on obtient cette image curieuse. Quand on a fait évacuer la vessie, on ne voit plus la vessie, mais on voit en haut le diverticule qui reste seul visible et apparaît comme un ballon suspendu dans l'espace, toutes ses connexions étant invisibles, et la vessie elle-même étant invisible, puisqu'elle est vide et ne contient plus la solution bismuthée opaque qui, au contraire, existe encore à l'intérieur du diverticule formé.

La cysto-radiographie a une importance considérable pour le diagnostic de ces diverticules, pour permettre de les reconnaître de bonne heure, de savoir toutes leurs connexions, toutes leurs dimensions, toutes leurs situations, et permettre de les opérer, par conséquent, en connaissance de cause.

***

L'application de la cysto-radiographie aux tumeurs de la vessie a été faite pour la première fois par le professeur Legueu, dans le service de la clinique de l'hôpital Necker.

La première cysto-radiographie faite pour tumeur de la vessie était relative à un *cancer*, c'est-à-dire à une tumeur charnue. Ici, naturellement, l'image est colorée d'une manière inverse à ce qu'elle était précédemment pour l'étude des cellules vésicales. Ici, la tumeur forme une tache blanche sur le fond opaque de la vessie remplie avec la solution de carbonate de bismuth, et l'on peut déduire le volume de la tumeur, de l'étendue de la tache blanche qu'on a sous les yeux.

Après cette cysto-radiographie princeps, fondamentale, historique, voici plusieurs images, où l'on voit les multiples variétés sous lesquelles l'image peut se montrer, suivant les connexions de la tumeur avec la paroi de la vessie, suivant qu'elle est chevelue et se laisse pénétrer par la solution bismuthée opaque s'insinuant dans l'intervalle des villosités que présente la tumeur.

Une autre application curieuse de la cysto-radiographie est celle qui a été faite à l'étude de la loge prostatique après la prostatectomie. Lorsque l'adénome enlevé est de petit volume, le col se reforme où il était, mais il n'a plus son sphincter. En réalité, il ne reste plus trace, au bout d'un certain temps, de la cavité qu'on a laissée.

Mais, au contraire, lorsqu'il y avait un gros adénome, il reste une grande cavité, et la vessie une fois cicatrisée, on obtient une image dont l'aspect rappelle la forme d'une gourde, c'est-à-dire une partie volumineuse, située en bas, surmontée d'une partie plus petite, séparée par une partie étranglée. Telle est l'image que donne la cysto-radiographie en pareil cas.

On peut arriver, grâce à la cysto-radiographie, à étudier certaines particularités de la constitution et de la physiologie pathologique de la vessie après la prostatectomie.

En ce qui concerne l'étude des tumeurs, il faut reconnaître que la cysto-radipscopie n'est pas un moyen qui donne de grandes indications. Il est certain qu'avec la cystoscopie on arrive bien plus rapidement à voir les caractères de la tumeur. Mais c'est une épreuve utile, soit pour remplacer la cystoscopie qu'on ne peut faire, soit pour compléter les renseignements qu'on a en donnant certaines précisions sur le volume de la tumeur et sur sa répartition.

La cysto-radiographie permet de préciser les rapports des uretères avec la vessie. Il y a des gens qui ont un uretère forcé, pour ainsi dire, un uretère dont l'origine de communication avec la vessie est assez ouvert.

Voici une radiographie faite à l'occasion de l'étude vésicale chez un enfant qui avait de l'incontinence d'urine infantile. Elle permet de constater que l'uretère du côté gauche est dilaté.

Mais cette dilatation peut atteindre un degré très accentué. Chez certains individus, l'orifice urétéral est assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt auriculaire ou même du pouce. C'est une malformation congénitale. La dilatation se poursuit au-dessus. Les reins sont extrêmement dilatés. La solution injectée dans la vessie remonte jusque dans les régions supérieures, jusque dans le rein, de sorte qu'on peut supposer qu'à l'état physiologique, la communication se fait de haut en bas et de bas en haut, les urines passent dans l'uretère droit et dans l'uretère gauche et subissent une sorte de brassage avant leur sortie au dehors.

C'est ce que le prof. Legueu appelle la *dilatation congénitale des uretères*. C'est une maladie nouvelle, ou nouvellement définie. Cette malformation n'est pas absolument exceptionnelle, puisque dans l'espace de huit ans, six observations au moins ont été recueillies dans le service, et depuis que l'attention du monde urologiste est attirée sur ce fait, ces mêmes lésions ont été retrouvées par un certain nombre d'autres observateurs.

Voici une radiographie typique.

Les uretères sont dilatés, flexueux, bosselés, irréguliers. Les cavités rénales sont distendues, dilatées. Voilà donc un individu qui paraît avoir un état rénal satisfaisant, et qui cependant présente une insuffisanae rénale bilatérale, puisque le parenchyme est diminué de la proportion de la coloration noire, celle-ci représentant la dilatation des cavités

© BIU Santé

rénales. Voici une autre radiographie semblable (fille de 12 ans).

Voici une radiographie relative à un malade de 18 ans. La vessie est mal formée. Les uretères sont dilatés et aboutissent en haut à deux sortes de cônes qui sont les bassinets dilatés avec les calices dilatés,

Voilà le type de cette dilatation congénitale des uretères, qui est certainement une malformation initiale, avec laquelle les gens viennent dans la vie, mais qui détermine nécessairement la diminution du parenchyme rénal et qui doit amener peu à peu à l'insuffisance rénale. C'est une découverte de la cysto-radiographie, c'est grâce à cette méthode d'exploration que la démonstration de cette maladie a pu être fait.

***

Comme on le voit, si la cysto-radiographie n'a pas partout des applications pratiques, c'est-à-dire comportant une sanction opératoire très nette, il y a cependant, dans l'histoire de cette méthode, une série d'explorations qui, au point de vue de la symptomatologie, de la physiologie pathologique ou de l'anatomo-pathologie, apportent des notions de grande importance en urologie.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE,)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril 1924.

M. le Président annonce la mort de M. Gariel, ancien président, et, en signe de deuil, lève la séance.

Organisation antituberculeuse du département de la Seine. — ***MM. Fernand Besançon*** et ***Léon Bernard*** montrent l'effort réalisé dans la lutte antituberculeuse depuis la création de l'Office en 1918 : ouverture de plus de quarante dispensaires, création de nouveaux sanatoriums et préventoriums, préservation de l'enfance. L'intérêt de ces efforts réside surtout dans leur coordination ; les différents rouages du mécanisme ne pouvant fonctionner les uns sans les autres. Tout en jugeant à leur valeur les mesures d'hygiène générale urbaine, le désencombrement, la lutte contre le taudis, l'alcool, etc., MM. Besançon et Bernard estiment que la prophylaxie de la tuberculose doit être assurée pour une grande part par l'action directe destinée à lutter contre la contagion, et qu'à ce point de vue l'efficacité du dispensaire nécessite impérieusement l'existence de nouveaux débouchés et principalement de lits de sanatorium et d'hôpital-sanatorium ainsi que des disponibilités de préventorium et de placement familial.

Méthode clinique d'acidimétrie urinaire. — La détermination du degré d'acidité de l'urine a une grande importance pour le diagnostic et le traitement des maladies de la nutrition et des maladies du rein ; mais jusqu'ici les médecins ne possédaient aucun moyen de la déterminer. Ni la teinture de tournesol, ni les analyses chimiques ne donnent de résultats utilisables en clinique.

MM. Lévy-Darras, Mathieu-Pierre Weil et ***Ch. Guillaumin*** exposent une méthode colorimétrique qui comble cette lacune. Cette méthode comporte un réactif-indicateur et une échelle étalonnée de huit teintes. On connaît instantanément le degré d'acidité de l'urine, en comparant aux teintes de l'échelle la teinte que prennent 10 centimètres cubes d'urine traités par x gouttes de réactif.

Plus simple qu'une recherche d'albumine ou de sucre, cette méthode paraît devoir entrer rapidement dans la pratique courante.

Typhus grave et salmonellose. — ***M. Truche.***

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (4e division).

La liste de présentation porte : en 1re ligne, MM. Fano (de Rome), Schafer (d'Edimbourg) ; en 2e ligne, par ordre alphabétique, MM. Escomel, d'Arequipa (Pérou) ; Madsen, de Copenhague (Danemark) ; Rollier, de Leysin (Suisse) ; Sherrington, d'Oxford (Angleterre).

MM. ***Fano*** (de Rome) et ***Schafer*** (d'Edimbourg) sont élus.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 5 avril 1924.

La séance débute par la présentation d'une statuette phénicienne par ***Torkomian***. La morphologie particulière du personnage permet de rapprocher cette œuvre d'autres sculpteurs analogues d'origine cretoise.

Grimbert, étudiant la mélancolie du peintre *Hugo van der Goes*, raconte comment elle fut traitée par la musique et prend prétexte de ce fait pour étudier l'histoire de la mélothérapie dans l'antiquité. On sait comment ce peintre, dont les œuvres authentiques sont si rares en dehors de celles du musée de l'Hôpital Santa-Maria-Nuova, à Florence, après avoir dirigé comme doyen la Gilde des peintres gaulois, abandonna brusquement le siècle et se réfugia dans le couvent de Rouge-Cloître. Après six ans de vie mi-monastique, mi-mondaine, Hugo fut atteint de mélancolie et mourut peu après. Les essais de cure de cette psychose comprirent une tentative de mélothérapie. La tradition antique, qui remontait à l'histoire de Saül guéri par David et que les médecins grecs et romains avaient suivie de leur côté, n'était pas oubliée au XVe siècle. ***Charles Grimbert*** rappelle à ce sujet l'historique de « l'emploi de la musique dans le traitement des psychoses » que nous avons publié dans la *Revue de psychiâtrie* en septembre 1913. ***Jeanselme*** souhaite qu'une étude scientifique des effets physiologiques de la musique soit entreprise ; elle a déjà été amorcée par Pachon qui a enregistré avec son oscillomètre l'influence du son des cuivres sur la tension, comme le rappelle ***Laignel-Lavastine*** : ***Lucas-Championnière*** de son côté avait cherché dans quelles conditions la musique aide à l'anesthésie ; ***Sieur***, qui mentionne ce fait, rappelle aussi la thèse d'un de ses camarades, soutenue en 1883 sur les effets de la musique.

La communication de ***Wickersheimer*** est intitulée « Un traitement de la paralysie institué par le médecin montpelliérain ***Pierre de Capestang***, vers 1301. » Pierre de Capestang, comme beaucoup de médecins de Montpellier, au Moyen-Age, suivait les traditions arabes et avait composé des livres de diététique, d'après les principes d'Avenzoar. Il est assez surprenant de lui voir recommander l'usage des poissons et des crustacés à un évêque menacé de paralysie.

Bérard étudie des miniatures d'un manuscrit de Gui de Pavie, médecin de Philippe VI, qui ont déjà fait l'objet d'un travail de ***Wickersheimer***, en 1913. Ce manuscrit contient en dehors de quelques préceptes d'art militaire, des conseils pour la guérison des crampes. Deux miniatures : l'une d'elles représente le médecin prenant avec quatre doigts, comme le conseille Galien, le pouls de son client ; l'autre est la figuration d'une autopsie pratiquée sur un cadavre debout.

Les figurations d'actes techniques médicaux sont rares au Moyen-Age et la première de ces miniatures présente un intérêt incontestable.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1924.

Occlusion intestinale post-appendiculaire (*suite*). — ***M. Roux-Berger*** a également observé des accidents d'occlusion chez un homme de 26 ans opéré peu avant d'appendicite grave avec péritonite. Il fit sous anesthésie rachidienne une laparotomie qui montra des anses grêles agglutinées. Il compléta l'opération par une iléostomie complémentaire. Amélioration consécutive. 12 jours après, résection de l'anse fistulisée et anastomose termino-terminale. Mais au bout d'un mois de nouveaux accidents d'occlusion nécessitent une nouvelle intervention et la

© BIU Santé

libération de nouvelles anses agglutinées et adhérentes. Finalement le malade guérit, et revu 6 mois plus tard n'avait plus présenté d'accidents.

Tumeur sanguine communiquant avec le sinus. — *M. Hallopeau* fait un rapport sur un cas de tumeur siégeant sur le cuir chevelu d'un jeune enfant. L'intervention montra, une fois la tumeur enlevée, qu'il y avait sur le crâne cinq orifices par lesquels s'écoulait du sang et par lesquels la tumeur communiquait avec les sinus, ce qui expliquait l'accroissement rapide de la tumeur, accroissement qui justifiait et nécessitait l'intervention.

Mésentérite rétractile. — *M. Roux-Berger* fait un rapport sur une observation de M. Baudin (Chartres) concernant un cas de mésentérite rétractile observé chez un malade de 63 ans atteint de vomissements répétés. On pensait à une lésion du pylore. Mais à l'opération on trouva le pylore normal, mais toute la région était recouverte d'un péritoine épaissi. Le mésentère était très épaissi et c'est à cet épaississement qu'était dû l'arrêt de la circulation pylorique. Une gastro-entérostomie postérieure compléta l'opération — et les suites furent très bonnes.

L'histoire de ce malade n'apporte pas grands renseignements sur les causes de la mésentérite retractile, décrite autrefois par Mauclaire. Il n'y avait chez le malade aucun signe de syphilis et la réaction de Wasserman était négative. Le pronostic reste évidemment un peu sombre car des accidents d'occlusion peuvent survenir à tout moment chez de pareils malades.

Péritonite et occlusion intestinale. — *M. Mathieu* fait un rapport sur une observation de M. Négrilied (marine) concernant un jeune marin atteint d'occlusion, observation qui peut se rapprocher de celles des malades sur lesquels il attirait l'attention à propos des occlusions post-appendiculaires. Chez ce malade, en effet, aux signes d'occlusion s'ajoutait un certain processus péritonitique car on note déjà de la contracture musculaire et de la défense de la paroi.

Une laparotomie médiane donne issue à un liquide louche assez abondant. Les anses grêles sont dilatées avec quelques suffusions hémorragiques. Une bride partant du cæcum comprime la terminaison du grêle. Dans cette même région, plusieurs anses sont agglutinées autour d'un abcès contenant du pus fétide. Les décollements sont très difficiles et on ne peut trouver l'appendice noyé dans des adhérences inflammatoires. Drainage de la fosse iliaque droite et entérostomie sur la ligne médiane. Suites opératoires assez mouvementées. On intervint à nouveau plus tard pour remédier à l'anus grêle.

Il semble bien que les signes d'occlusion soient survenus consécutivement à des phénomènes péritonéaux probablement d'origine appendiculaire. L'entérostomie a certainement été très utile — bien qu'une simple fistule intestinale eût été préférable et eût pu se refermer seule sans nouvelle intervention.

Fracture haute de l'humérus. — *M. Hallopeau* fait un court rapport sur un cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humerus communiqué par le Dr Lesage. La réduction par l'appareil de Delbet fut tentée, mais ne put être obtenue, si bien que l'on se décida à une intervention. On mit une lame de Parham qui suffit à maintenir les fragments et le résultat fut excellent.

M. Alglave estime que, dans les fractures presque transversales comme celle-ci, une seule lame est insuffisante et qu'il eût été préférable de mettre une plaque vissée ou maintenue par deux cercles.

M. Gernez a eu à traiter des cas de ce genre. Il a fait la réduction sanglante mais une fois celle-ci obtenue, elle a pu être maintenue sans ostéosynthèse avec un appareil très simple.

M. Hallopeau constate que l'accord entre les chirurgiens n'est pas encore fait sur cette question. Il croit que dans ces cas l'ostéosynthèse est préférable parce qu'elle évite des incurvations et déplacements qu'on peut voir se reproduire sans cela — et surtout parce qu'elle permet une mobilisation précoce. Quand, comme chez le malade en question, le trait de fracture n'est pas complètement transversal mais un peu oblique, une seule lame bien serrée peut parfaitement suffire.

Traitement des péritonites tuberculeuses. — *M. Cunéo* rapporte un travail de M. Alligatos relatif au traitement opératoire des péritonites tuberculeuses, aidé de l'héliothérapie. Cette méthode serait surtout utile et efficace dans la forme ascitique.

Traitement des arthrites blennorrhagiques. — *M. Rouvillois* fait un rapport sur un travail de MM. Pigeon et Bernard relatif au traitement des arthrites blennorragiques par la sérothérapie et l'arthrotomie combinées. Dans les observations communiquées, il s'agissait de cas graves : soit de la forme synoviale avec épanchement intraarticulaire abondant, séreux ou purulent — soit de la forme arthritique aiguë avec peu de liquide et grosse fluxion périarticulaire.

Sauf dans un cas où il y avait syphilis concomitante, laquelle a pu jouer aussi un rôle — les résultats ont été très encourageants et on peut conclure de ce travail que la combinaison des deux méthodes : opératoire et sérothérapique, qui toutes deux ont donné des échecs et des succès, serait vraiment efficace et utile.

Discussion sur la rachianesthésie. — *M. Riche* résume la discussion. Il estime que l'on a cherché à trop compliquer la méthode. Il est, pour sa part, partisan de la simplifier. Il n'a guère, pour sa part varié dans sa façon de faire et est resté fidèle à la stovaïne depuis l'abandon de la cocaïne : 5 gr. de stovaïne et injection lombaire. Il croit que cette méthode est surtout utile pour les opérations sous-ombilicales et croit préférable de ne pas l'employer pour les opérations sus-ombilicales.

Les avantages en sont si évidents que même les chirurgiens qui la condamnent lui reconnaissent quelques indications — il serait juste de ne pas passer sous silence tous les cas où grâce à elle, des malades qu'un autre mode d'anesthésie exposait aux plus graves risques ont pu être opérés et guéris.

Quelques syncopes blanches ont été vues. Mais il ne faut pas non plus en exagérer le nombre — et il est bon de rappeler que lorsqu'un malade qui ne dort pas vous dit qu'il se sent mourir, il ne faut pas toujours l'en croire sur parole.

L'extériorisation dans le traitement des cancers du côlon. — *M. A. Schwartz* défend la cause de la méthode de l'extériorisation dans le traitement des cancers du côlon gauche ou transverse. Il définit nettement ce qu'il faut entendre par l'extériorisation vraie. Cette méthode consiste à sortir du ventre toute la région à réséquer — mais à ne la réséquer que plusieurs jours plus tard. Peut-être les statistiques fâcheuses attribuées par M. Okinczyc à l'extériorisation viennent-elles de confusion dans les termes. La méthode de M. Hartmann qui consiste à sortir l'anse, à fermer le ventre et à réséquer aussitôt l'anse, c'est ce qu'on peut appeler la résection à ventre fermé, ce n'est pas l'extériorisation vraie. Or, c'est celle-ci que défend M. S. qui apporte une série de 8 observations avec 8 guérisons opératoires. L'étude des cas publiés par Quénu et d'autres chirurgiens est tout aussi favorable à la méthode.

Voici comment procède M. S. Dans une première séance il libère l'anse a extérioriser et l'amène au dehors, temps qui varie nécessairement suivant le siège du segment sur lequel on intervient.

Avant d'extérioriser, il adosse l'une à l'autre les branche et afférente et les réunit l'une à l'autre sur une surface de 6 cm. de haut sur 4 de large de manière à former un éperon dont il connaît d'avance l'étendue et l'importance. Pour empêcher l'intestin de rentrer, il place une baguette de verre au-dessus de laquelle il adosse à nouveau l'intestin par quelques points. Deux jours après il ouvre l'anse à son bout afférent — et dix jours après, la première séance il résèque la totalité de l'anse.

Enfin plus tard il résèque en partie et peu à peu l'éperon sur sa partie moyenne, suturant à mesure qu'il résèque. Il peut ainsi rétablir le cours intestinal et l'anus se ferme ainsi tout seul ou presque.

Quant aux résultats éloignés, il semble d'après les documents qu'il a étudié et ceux qu'il a lui-même obtenus qu'ils soient au moins aussi bons que par tout autre procédé.

M. Savariaud appuie les conclusions de M. Schwartz.

CH. LE BRAZ.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 mars 1924

Traitement du cancer du côlon transverse. — Pour *Victor Pauchet* il faut pratiquer les opérations suivantes :

L'hémi-colectomie droite, quand c'est la portion droite du côlon transverse qui est prise.

La colectomie transverse avec abouchement bout à bout si c'est la partie moyenne. Il est nécessaire de veiller aux détails techniques suivants :

a) Dépouillement de la grande courbure de l'estomac ; enlever la totalité du grand épiploon ;

b) Fistule cæcale temporaire, pour préserver la suture.

c) Faire la suture bout à bout, mais après avoir coupé l'intestin en sifflet, car son bord libre est moins bien irrigué que son bord adhérent.

d) Fixer la suture colo-colique à la paroi, de façon, en cas de déhiscence, à ce qu'il se produise une fistule stercorale qui se ferme spontanément.

Victor Pauchet rapporte le cas d'un de ses compatriotes qu'il a opéré en 1910 (il y a donc 14 ans) pour un cancer du côlon transverse traité de cette façon. Il vient de revoir ce malade ces jours-ci, la guérison est parfaite.

Impuissance par plaie de guerre. — *M. Péraire* présente un blessé de guerre qui reçut des éclats de schrapnell, que la radiographie montre situés les uns en avant de la colonne vertébrale et les autres en dehors dans la masse musculaire. La moelle ne paraît pas avoir été touchée. Il n'y a jamais eu de paraplégie ; les réflexes sont conservés. Le seul symptôme inquiétant est l'absence d'érection.

M. Péraire se demande s'il s'agit d'une commotion médullaire avec répercussion sur le centre génital ou de troubles névropathiques simples ?

M. Le Fur rappelle que l'impuissance n'est pas liée au volume des testicules, mais dépend des altérations de l'élément interstitiel de la glande génitale.

Perforation d'ulcère gastrique en péritoine libre. — *M. Gouget de Girac.* — Perforation d'ulcère juxta-cardiaque opérée tardivement en pleine péritonite. La suture, très difficile à réaliser en raison de la profondeur de la plaie, est pourtant faite. Mais au sixième jour du liquide gastrique repasse par le drain. La perforation s'est reproduite et cependant les accidents péritonéaux s'amendent et le malade finit par guérir. La fistule se ferme spontanément.

Le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire. — *M. Petit de la Villéon* reproche à l'opération de Pierre Delbet son instrumentation trop compliquée, sa complexité et son manque de précision.

Il préconise le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire, qui permet d'opérer directement, sous l'écran, avec un outillage simple et banal.

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par l'omo-greffe. — *M. Dupuy de Frenelle* préconise l'avivement des fragments, leur accolement, suivi de la double greffe qui encastre un greffon en os dans les fragments et renforce celui-ci par un greffon ostéo-périostique à la Delagénière, lequel enveloppe en manchon le foyer de fracture.

Il rapporte un cas ainsi traité avec bon résultat après trente mois.

Thevenard à propos de la présentation d'une tuberculose du pubis par *Rœderer*, rapporte un cas personnel à peu près semblable. Début à la cinquantaine sans manifestation antérieure de tuberculose. Lésions étendues, large intervention. Apparence de guérison, puis récidive au bout d'un an. Les lésions ont envahi une grande partie des os iliaques. Le malade succombe à la cachexie.

M. Dartigues, au nom de *MM. Mouchet et Guillermin*, de Constantinople, rapporte un cas d'occlusion intestinale avec hépatite amibienne. Après un lavement électrique, on vit les symptômes d'occlusion s'amender ; on put faire alors le diagnostic d'abcès du foie et le patient guérit alors sans opération par l'administration d'émétine.

Abcès cérébral ventriculo-latéral droit. — *M. Julien Bourguet* communique l'observation d'un malade qui, blessé en 1918 d'un éclat d'obus dans la région pariétale droite, avec hémiplégie gauche, guérit de sa blessure à la suite d'ablation d'esquilles et de petits éclats d'obus. En 1923, il fait un abcès cérébral que le Docteur B... opère. Cet abcès remplissait entièrement le ventricule latéral droit. Malgré l'opération et la stérilité du pus, le malade n'a pu être sauvé.

Raymond Bonneau. — **Ulcère peptique du corps du pancréas.** — Dans une première observation (1922), B... décolle avec peine, un ulcère perforé de la face postérieure du corps de l'estomac qui adhère au corps du pancréas. Ce pancréas porte une plaque plus large qu'une pièce de deux francs, à nu dans la cavité gastrique et ulcérée.

L'ulcération pancréatique est légèrement avivée au bistouri, touchée à la teinture d'iode et recouverte d'une greffe épiploïque à pédicule. La face postérieure de l'estomac trouée est trop calleuse pour qu'on puisse faire une résection de l'ulcère gastrique et une suture régulière en tissu sain. Thermocautérisation à la Balfour. Bon résultat fonctionnel temporaire.

En janvier 1924 le malade souffre à nouveau. Deuxième opération suivie de mort : Résection annulaire de la partie moyenne de l'estomac. L'ulcère, en tant qu'ulcère gastrique, paraît être considéré comme ayant été guéri ; c'est *la périgastrite scléreuse postérieure continuant à évoluer qui a provoqué la douleur typique des lésions du corps et de la queue du pancréas* : douleurs intermittentes sous les fausses côtes gauches, terribles, poussant le malade au suicide, s'accompagnant de phénomènes sympathiques (angoisse, constriction thoracique, vaso-dilatation faciale, troubles pupillaires, sueurs, etc...)

M. Paul Delbet présente deux fibromes utérins qu'il a extirpés par myomectomie, et un kyste de l'ovaire qu'il a pu enlever sans ponction, fibromes et kystes provenant de la même malade.

La malade avait consulté un radiographe qui avait diagnostiqué fibrome simple et pratiqué 80 séances de radiothérapie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 mars 1924.

A propos de la mammectomie. — *M. Duclaux* a observé deux cas d'hypertrophie considérable des deux seins chez deux femmes jeunes (28 et 30 ans) minces, sportives, extrêmement gênées de cette hypertrophie et en souffrant ; il insiste sur le traitement, l'amputation complète avec incision très latérale lui paraissant le meilleur procédé, et sur les lésions constatées microscopiquement, hyperplasie de tous les éléments constituants du sein et lésions de mammite chronique.

A propos du cancer du côlon. — *M. Gaultier* tire des observations de sa pratique gastroentérologique, les indications du traitement chirurgical du cancer de l'intestin et souligne au point de vue survie la prudence des interventions dérivatrices qu'il oppose à la hardiesse des exérèses totales.

M. Pauchet pense que tout cancer du côlon doit être réséqué. L'anastomose donne une survie faible, la résection précoce donne des survies de 3, 4, 10 et 15 ans. Le diagnostic précoce est difficile : la radiographie se trompe parfois. Il faut opérer tout malade qui a présenté une crise d'occlusion même incomplète, présentant des coliques à point fixe avec gargouillements. Quand un cancer est ulcéré, il faut faire l'opération en deux temps.

Recherches récentes sur l'eau d'Evian. — *MM. Lévy-Darras* et *Guillaumin* ont constaté avec les méthodes modernes d'analyse physico-chimique, le degré constant d'alcalinité de tous les échantillons d'eau d'Evian examinés. La composition de l'eau se modifie dès que celle-ci est exposée à l'air, d'où une diminution de son activité thérapeutique.

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'aortite chronique syphilitique.

Le traitement de l'aortite chronique syphilitique sera à la fois symptomatique et étiologique.

Contre l'élément douloureux, on pourra employer la révulsion locale (pointes de feu ou badigeonnages iodés) associée aux analgésiques internes ; contre les crises d'angor pectoris, on aura recours aux inhalations de nitrate d'amyle, suivant la méthode classique ; pour combattre la dyspnée, on utilisera les ventouses sèches et parfois la morphine, celle-ci toutefois avec réserve pour éviter l'accoutumance. En cas d'insuffisance cardiaque, le traitement toni-cardiaque passera au premier plan, et l'on utilisera, suivant les cas les préparations de digitale, l'ouabaïne, etc., en combinaison avec le traitement spécifique.

Ce TRAITEMENT SPÉCIFIQUE, en cas d'aortite chronique, est susceptible de donner des résultats très intéressants, mais à la condition d'être employé judicieusement ; VAQUEZ, LAUBRY, et leurs élèves DONZELOT, PARVU (1), BORDET ont consacré à cette question une série de publications (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1912 ; 14e Congrès français de médecine, 1921 ; Société médicale, décembre 1922).

Le problème se pose en effet tout différemment, suivant que l'on se trouve en présence d'une aortite simple, ou d'une aortite compliquée (ce sont les cas où l'aortite s'accompagne d'insuffisance rénale ou de fléchissement du myocarde).

Dans le cas d'aortite simple, il convient de frapper relativement fort et d'instituer une sorte de traitement d'attaque.

Tout le monde admet actuellement qu'en pareil cas un traitement vraiment rapide et énergique doit faire intervenir, soit simultanément, soit alternativement, les trois grandes médications (mercure, arsenic, iode) sous formes vraiment actives (injections de néosalvarsan, injections intraveineuses de cyanure de mercure, injections sous-cutanées ou mieux intramusculaires iodées).

Ces diverses médications pourront être employées séparément les unes après les autres, en intercalant entre chaque série, une période convenable.

Une cure mercurielle pure comprend une vingtaine d'injections intraveineuses de cyanure, faites quotidiennement, à la dose journalière de 1 centigr. ou de 1 centigr. 5, soit 1 centimètre cube 5, de la solution classique au centième.

(1) PARVU. — Thèse de Paris, 1919.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYÉLITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique
et Sel Disodique de l'Acide Copahivique

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

DOSES : 10 à 12 PILULES par jour.

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (YONNE)
USINE A JOIGNY-EPIZY (YONNE). — Téléphone 94

R. C. Joigny 1.571

Échantillon sur demande

© BIU Santé

Une cure iodée pure comprend une quinzaine d'injections intramusculaires de 2 centimètres cubes de lipiodol, pratiquées de 2 en 2 jours.

Pour le néosalvarsan, si on l'emploie en injections intraveineuses, on fera une injection tous les huit jours, en commençant par la dose faible de 10 centigrammes, en augmentant par la suite de 5 centigr., lors des premières injections, de 10 centigr. ensuite, pour arriver à la dose maxima de 45 centigr. qui, à notre avis, ne doit pas être dépassée. Au bout de sept semaines, par exemple, on aura injecté ainsi : 0,10 + 0, 15 + 0, 20 + 0, 25 + 0,35 + 0, 45 + 0, 45 = 1 gr. 95.

Si on utilise la voie sous-cutanée, on pourra faire trois fois par semaine une injection de 0,10 centigr. ce qui au bout de sept semaines représentera 2 gr. 10 du produit.

Mais il est de beaucoup préférable d'utiliser ces divers médicaments simultanément :

Voici par exemple un type de cure arsenico-mercurielle qui comporte 3 injections intra-veineuses par semaine :

1er semaine	néo	0,10	2 cyan. à 1 centigr. 1/2
2e semaine	—	0,15	id.
3e semaine	—	0,20	id.
4e semaine	—	0,25	id.
5e semaine	—	0,35	id.
6e semaine	—	0,45	id.

(au bout des six semaines, le malade a reçu 1 gr. 50 de novar et 0.18 de cyanure).

L'iode peut également s'associer au mercure sous formes de cures iodo-mercurielles.

Une association très heureuse est celle qui combine l'action de l'iode et celle du bismuth (nouvellement entré dans la thérapeutique antisyphilitique) sous la forme d'iodo-bismuthate de quinine ou Quinby. Laubry et Bordet (*loc. cit.*) ont publié récemment les excellents résultats obtenus par eux avec ce produit dans certains cas d'aortite chronique ; on peut l'employer par séries de 12 injections intramusculaires faites à raison de deux par semaine et comprenant chacune 3 cmc. du produit.

En cas d'*aortite compliquée*, soit d'insuffisance rénale, soit d'insuffisance myocardique, le problème se pose tout différemment ; il ne s'agit plus de frapper fort : il s'agit avant tout de ne pas aggraver la situation par un traitement intempestif.

Dans les deux cas, les arsénobenzols nous paraissent devoir être mis de côté ; ce sont des médicaments trop violents, susceptibles de déterminer, immédiatement ou tardivement, des réactions qui constituent un danger pour le malade : pour un bien hypothétique, ils pourraient causer beaucoup de mal.

Restent donc le mercure, l'iode et aussi le bismuth, dont l'un des avantages très appréciables est justement de ne pas exposer à ces phénomènes réactionnels que l'on reproche aux arsénobenzols.

S'agit-il d'une insuffisance myocardique (bien entendu nous laissons de côté les cas extrêmes où la défaillance du myocarde est telle que le malade n'est plus en réalité qu'un cardiaque et ne relève plus pour ainsi dire de la médication spécifique), le traitement toni-cardiaque doit marcher de pair avec le traitement spécifique, lui préparer les voies, renforcer son action.

Le mercure, l'iode et le bismuth pourront être employés, mais ils le seront, tout au moins au début, avec une grande prudence, en commençant par des doses faibles, en espaçant les injections, en recourant, pour le mercure, de préférence à la voie intramusculaire (biiodure ou benzoate), car la voie intraveineuse est parfois trop brutale pour de semblables malades (Josué, Laubry). La médication spécifique est-elle bien tolérée, le médecin pourra augmenter les doses du début, rapprocher les injections, utiliser le cyanure de mercure en injections intra-veineuses ; dans le cas contraire et si les signes d'insuffisance cardiaque deviennent plus marqués, il conviendra de laisser momentanément la place au seul traitement toni cardiaque, pour reprendre un peu plus tard et avec les mêmes précautions que précédemment, en variant les médications, de nouveaux essais de thérapeutique anti-syphilitique.

S'agit-il d'insuffisance rénale, le mercure (injections du benzoate ou de cyanure) et l'iodure auront la préférence : le cyanure de mercure est souvent dans ces cas un excellent médicament, par suite de son action nettement favorable sur la sécrétion rénale. Pour les deux médications, il sera bon de commencer par de petites doses, en surveillant de très près l'albumine urinaire et l'urée sanguine, ainsi que l'émination des médicaments.

Le bismuth semblerait *a priori* devoir être éliminé en pareil cas par suite de son action nocive sur le rein ; ce-

(*Voir suite p.* 324.)

LIPOIDES H. I.

GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS : Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Ménopause, Sénilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour

GYNOLUTEOL
CALMANT et SÉDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS : Ménorragies essentielles, Troubles de la castration, Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour

Dépôt Général : H. CARRION et Cie, 54, Fg St-Honoré, PARIS

R. C. Seine 58.627.

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
R. C. Seine 203.600

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (Seine)
Téléphone 12
PSYCHOSES — NÉVROSES — INTOXICATIONS
Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Diphtérie pharyngée unilatérale d'apparence gangréneuse

Paralysie homologue du voile du palais et du constricteur supérieur du pharynx

Par

H. BOURGEOIS et A. AUBIN
Oto-rhino-laryngologiste Interne
de l'hôpital Laënnec

Le 20 décembre 1923, X., âgé de 30, ans entre d'urgence au service d'oto rhino laryngologie de l'Hôpital Laënnec pour gêne respiratoire accompagnée d'un état général grave.

Le malade est si prostré que l'on ne peut songer à lui demander quelques détails, sa femme peut seulement nous préciser que le début s'est fait brusquement, il y a 3 jours, par une dysphagie très vive ; le diagnostic de phlegmon amygdalien aurait été porté à ce moment.

L'examen de la gorge montre des lésions extrêmement étendues et importantes.

Une large plaque dont l'aspect et l'odeur sont ceux de tissus en voie d'élimination couvre la voûte palatine, le voile et la région amygdalienne droite ; elle est large au moins comme une pièce de 5 francs. Elle est très épaisse, saillante, on dirait presque une tumeur ; par son volume, elle cause de l'obstruction de la gorge et provoque de la gêne respiratoire.

Le malade est prostré, son teint pâle, plombé, les yeux cernés, le nez pincé ; bref, il se présente comme un grand infecté.

Le thermomètre marque 39,5 ; le pouls régulier, bien frappé, bat à 120.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Des deux côtés, au niveau des régions sous-angulo maxillaire et carotidienne moyenne, la palper révèle des ganglions durs, mobiles, à peine douloureux.

La muqueuse nasale est intacte et il n'y a aucune lésion buccale ou pharyngée autre que celle ci-dessus décrite.

A première vue, il semble qu'on doive dire gangrène du pharynx : cette volumineuse plaque grisâtre, sphacélique paraît imposer ce diagnostic. Cependant rien n'explique la genèse de cette gangrène survenue sans lésion locale, sans altération de la santé générale : l'hypothèse d'une diphtérie paraît éminemment vraisemblable.

On fait pratiquer immédiatement un frottis qui ne donne aucun résultat au point de vue bacille de Lœfler.

Le traitement sérothérapique est institué sans attendre le résultat des ensemencements, et il est mixte en raison de l'incertitude du diagnostic : une double injection de sérum anti-gangréneux et de sérum anti-diphtérique est donc pratiquée.

Au 21 décembre, l'état local n'a pas changé, mais l'état général est certainement meilleur, la prostration est moindre et la température est descendue à 38.

Le tube de sérum coagulé ensemencé la veille ne montre aucune culture. Nous ne voulons pas cependant renoncer au diagnostic de diphtérie et on réinjecte les deux mêmes sérums.

Le 22 décembre, état général plutôt meilleur, la fausse membrane commence à s'éliminer. Nouvel ensemencement.

23 décembre, état général stationnaire ; deux gros fragments s'éliminent, rien n'a encore poussé sur les tubes ensemencés la veille.

24 décembre, le malade a rempli dans la nuit son crachoir de débris noirâtres répandant une odeur infecte. Au matin la gorge est complètement nettoyée et l'on peut voir que cette élimination n'a porté que sur la fausse membrane. Voile, amygdale, pharynx, sont intacts. La muqueuse est seulement un peu œdématiée et rouge, quelques petites fausses membranes persistent encore sur l'amygdale droite.

Un nouveau tube de sérum est ensemencé et confié à un laboratoire voisin.

25 décembre. De nombreuses colonies ont poussé. L'examen décèle un bacille diphtérique long, sans association microbienne. Nous apprenons alors, non sans stupeur, que la première étuve était déréglée.

Nouvelle injection de sérum anti-diphtérique. Le malade part le 27 décembre pour l'hôpital Claude Bernard muni du résumé de son observation ; nous espérons qu'on lui continuera le traitement sérothérapique insuffisamment pratiqué par nous en raison de l'incertitude du diagnostic.

Depuis la veille il nasonne et rejette les liquides par le nez par le fait d'une hémiplégie vélo-palatine droite aisément constatable. C'est le seul trouble moteur qu'on puisse observer à ce moment.

Le 16 janvier, le malade nous revient pâle, amaigri, se plaignant toujours de nasonnement, de reflux des liquides par le nez et même d'une certaine gêne pour la déglutition des solides.

La paralysie du voile est toujours nette et limitée au côté droit.

Un examen attentif nous montre un nouveau symptôme à savoir la translation en masse de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche pendant l'émission du son A. Ce signe du rideau témoigne d'une paralysie du muscle constricteur du pharynx du côté droit.

L'étude de la sensibilité décèle une hypoesthésie de la moitié droite du voile et de la moitié postérieure du pharynx. Il n'existe aucun trouble d'anesthésie tactile ou sensorielle sur la base de la langue.

23 janvier. Le malade reste toujours pâle et asthénique malgré la strychnine à doses progressives, il se plaint depuis la veille de deux symptômes apparus simultanément : une céphalée en casque et des troubles visuels d'accommodation : le malade ne peut plus lire de près à moins qu'on lui interpose un verre biconvexe de 5 dioptries. Les pupilles réagissent bien à la lumière, le réflexe consensuel est normal, les mouvements des globes oculaires conservés. On ne constate aucun trouble moteur des membres, les réflexes tendineux s'exécutent normalement, le pouls est régulier à 76 ; le Pachon donne une tension de 14-8.

26 janvier, le malade est pris brusquement de vomissements alimentaires qui n'ont pas reparu depuis.

Au 7 février, la situation restait identique.

Cette observation nous a paru permettre quelques remarques intéressantes.

Le diagnostic présentait une certaine difficulté pour qui se trouvait d'emblée en présence d'une fausse membrane aussi épaisse aussi étendue, aussi nettement limitée par rapport aux tissus voisins, d'aspect sphacélique et absolument unique. Deux autres malades observés précédemment nous avaient appris à connaître cette forme de diphtérie. Le résultat négatif des cultures nous a cependant influencés dans une certaine mesure et nous n'avons pas pratiqué un traitement assez intensif.

Une fausse membrane unique est donnée comme une forme abortive de la diphtérie. Une énorme plaque comme celle de notre malade correspond cependant à une lésion extensive ; les signes généraux des paralysies consécutives sont un témoignage de malignité.

Notre observation corrobore d'une manière éclatante les rapports anciennement connus entre le siège de la lésion et le siège de la paralysie étudiés entre autres par Auberтin et Babonneix.

Une diphtérie d'une moitié droite du voile a été suivie d'une hémiplégie vélo-palatine correspondante ; mais, fait intéressant, la fausse membrane s'étendait au pharynx et le muscle correspondant s'est aussi trouvé paralysé.

Le muscle constricteur supérieur du pharynx reçoit son innervation du glosso-pharyngien.

La paralysie du glosso-pharyngien moteur n'est décrite que depuis peu de temps dans les traités classiques. La pre-

© BIU Santé

mière étude en a été probablement donnée par Wustmann (1).

Vernet lui a consacré de nombreux travaux au cours de la guerre et nous l'a fait connaître en France.

Elle se traduit par le signe du rideau tel que nous l'avons décrit plus haut.

Nous ne savons pas si nous sommes les premiers à mentionner la paralysie du constricteur supérieur du pharynx comme complication de la diphtérie pharyngée. Les récents traités classiques gardent le silence à cet égard. Nous pensons qu'on la rencontrera assez souvent si on la recherche systématiquement.

La question n'est pas d'ailleurs primordiale : fonctionnellement, cette paralysie se traduit par une gêne pour la déglutition des solides ; cette gêne ne dure pas très longtemps ; il est habituel que les malades ne songent pas à s'en plaindre alors que l'on constate encore le signe du rideau d'une façon tout à fait nette.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Les modes de début de la paralysie générale de l'adulte (2)

Par J. LÉVY-VALENSI
Médecin des Hôpitaux.

Je vais vous entretenir aujourd'hui des modes de début de la paralysie générale de l'adulte ; j'aurais pu intituler cette leçon autrement, par exemple : *diagnostic précoce de la paralysie générale*, je ne l'ai pas voulu, parce qu'au cours de l'esquisse rapide que je vais faire, vous seriez en droit de m'arrêter souvent et de me dire à tel moment : êtes-vous sûr qu'il s'agit là de paralysie générale ? je serais parfois très embarrassé pour vous répondre.

Ce que je vais faire, c'est essayer de vous montrer différents incidents morbides qui *peuvent* être des modes de début de la paralysie générale, et à propos desquels vous serez toujours en droit de vous demander si la syphilis, cause constante de la paralysie générale peut être ici dépistée.

Messieurs, est-il besoin de vous dire l'importance pratique d'un tel diagnostic. Permettez-moi d'évoquer un certain nombre d'éventualités qui s'offriront à vous durant votre vie de praticien.

Vous serez appelés, comme conseillers de la famille, à vous prononcer sur la manière d'être insolite d'un individu, sur le caractère imprévu qu'ont pris ses affaires ; vous devrez, dans certains cas, déconseiller un mariage, empêcher une entreprise hasardeuse, enfin, vous pourrez être même amenés à envisager l'interdiction ; conseillers de la justice en matière civile, vous aurez à vous prononcer sur la validité d'un acte, d'une donation, d'un testament, d'un contrat et à dire si dans telle et telle occurence cet acte, ce testament, ce contrat, ont été faits en état de démence ; conseillers de la justice en matière criminelle, en présence d'un acte délictueux, vous serez conduits à aborder devant le juge la notion métaphysique de responsabilité et à dire si tel acte a été commis en état de démence.

Mais ce n'est pas tout encore, médecins avant tout, vous devrez traiter vos malades à la période d'état, comme au stade de début et non vous endormir sur la notion trop commode et peut-être inexacte de l'incurabilité.

Puis, quand vous aurez fait tout cela, votre tâche bienfaisante de médecin se proposera un dernier but.

Vous avez diagnostiqué la paralysie générale, c'est-à-dire une affection essentiellement d'ordre syphilitique, ou plutôt, vous avez reconnu un syndrome qui peut être de cet ordre, rappelez-vous qu'il s'agira souvent d'une *syphilis méconnue* ; vous ne vous contenterez pas de ce diagnostic chez le malade, vous songerez à la femme, ou mari et aux enfants s'il y a lieu ; vous ferez une enquête familiale, et, suivant les cas, vous traiterez les uns et les autres, leur évitant peut-être un avenir tragique, car le virus du neurotropisme n'est pas un vain mot.

Vous voyez donc la lourde responsabilité qui vous incombe et tout l'intérêt de ce diagnostic ainsi compris.

Messieurs, j'aurais souhaité vous montrer des malades qui entrent dans le cadre de cette leçon, et non décrire et énumérer seulement devant vous les différents modes de début.

Inutile de vous dire que mon souhait ne s'est pas réalisé, les formes initiales de la paralysie générale fréquentant peu l'hôpital ; je vais donc simplement faire passer devant vous trois malades arrivés à la période d'état, période où le diagnostic est facile et, de ce fait, peu intéressant, ces malades vous permettront de voir en relief, en plus gros, les caractères légers que je vais rappeler tout à l'heure.

Messieurs, avant d'entrer dans le vif de cette conférence, qui porte sur les modes de début de la paralysie générale, je m'excuse de faire œuvre de destructeur. Je dois d'une façon précise détruire dans votre esprit, trois notions qui ont trop tendance à s'imposer comme des dogmes : une notion psychologique, une notion biologique, une notion thérapeutique.

La *notion psychologique* est la suivante : parmi les éléments du psycho-diagnostic de la paralysie générale, des auteurs éminents insistent sur la notion de la perte de l'auto-critique que l'on arrive bientôt à formuler *n'est pas paralytique général le malade qui a conservé son auto-critique*.

D'abord, qu'est-ce que l'auto-critique ?

Je crois qu'il faut considérer ces deux choses, un élément intellectuel, qui est la compréhension par le malade du symptôme dont il est porteur, puis un élément affectif, c'est l'inquiétude, l'émotivité qui déterminent la connaissance de ce symptôme.

Il est certain que, chez des malades avancés, comme ceux que je vous ai montrés tout à l'heure, l'auto-critique est perdue le plus souvent, j'ai vu cependant des paralytiques généraux qui l'avaient conservée ; mais ce qui est rare à la période d'état est fréquent au début.

La notion de la *perte de l'auto-critique* acceptée comme un renseignement important a une très grande valeur ; élevée à la suprématie d'un dogme, elle devient alors une dangereuse hérésie : j'ai vu un grand nombre de malades qui sont devenus des paralytiques généraux typiques et qui, pendant longtemps, ont conservé leur entière auto-critique.

J'ai publié, avec mon élève E. Blancani, l'histoire d'une malade qui avait appris certaines notions médicales dans des livres de vulgarisation ; cette femme avait eu la syphilis autrefois, et savait que l'une de ses complications graves est la paralysie générale, annoncée par le tremblement, elle est venue me trouver très inquiète, disant : J'ai eu la syphilis il y a 7 ans et aujourd'hui j'ai du tremblement, j'ai peur d'être atteinte de paralysie générale. Cette femme avait fait son diagnostic elle-même et elle n'était pas médecin, elle avait conscience de la gravité de son état, puisqu'elle est morte deux ans après dans la démence paralytique.

Il existe des exemples analogues innombrables. J'ai vu, quand j'étais interne dans ce service, un étudiant en médecine qui ayant contracté autrefois la syphilis et présentant du tremblement, avait fait son diagnostic. Je connais des exemples de médecins ayant également conservé leur auto-critique.

Considérer le dogme de l'auto-critique comme une chose intangible, c'est donc commettre une erreur de raisonnement et d'expérience.

Deuxième dogme, deuxième hérésie : la *notion biologique*.

Elle consiste à dire : tout malade qui n'a pas une réaction de Wasserman positive dans le sérum, ou dans le liquide céphalo-rachidien, tout malade qui n'a ni lymphocytose ni hyperalbuminose rachidiennes, chez lequel les réactions de Lange, de Guillain etc., sont négatives, n'est pas un paralytique général.

(1) *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, juin 1910. (V. thèse René, Mathieu).
(2) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Roger, le 20 mars, 1924.

© BIU Santé

C'est très souvent vrai, mais pas toujours. Si vous élevez cette notion à l'état de dogme, je le répète, vous avez adopté une deuxième hérésie; même à la période d'état, il existe des cas dans lesquels les réactions biologiques font défaut, soit temporairement, soit définitivement; les mémoires, les thèses, les communications aux sociétés savantes apportent tous les jours des faits nouveaux dans ce sens. Au début, les réactions biologiques *peuvent faire défaut*, c'est un fait que chacun a pu constater, je n'ai pas besoin d'y insister.

Troisième notion-dogme, troisième hérésie *peut-être*: c'est celle de l'*incurabilité de la paralysie générale*.

Il y a quelques mois, j'étais appelé chez un éminent syphiligraphe, pour voir un malade qui présentait tous les symptômes de la paralysie générale, et qui d'ailleurs résistait au traitement; ce maître était surpris de constater chez son malade la conservation de l'auto-critique. Je lui dis: ce malade est sans doute une exception, mais ce n'est pas parce qu'il a conservé son auto-critique qu'il n'est pas paralytique général. — J'ai vu, il y a quelques mois, me dit le Dr X, un malade analogue et cependant je l'ai traité et il a guéri, donc il n'était pas paralytique général.

Je ne pus m'empêcher de répondre respectueusement: qui vous autorise à affirmer qu'il ne s'agissait pas de paralysie générale; chaque fois que l'on guérit un malade que l'on a cru atteint de paralysie générale, si l'on admet que l'on a fait une erreur de diagnostic on n'aura aucune peine à établir le dogme de l'incurabilité.

Actuellement, il semble que ce pessimisme soit moins général; certains auteurs et, parmi eux, Milian et Sicard, dont je me flatte d'avoir été autrefois le modeste collaborateur, Rogues de Fursac, etc., etc., traitent les paralytiques généraux et, sans attester de guérison absolue, affirment chez quelques malades, même à la période d'état, avoir vu le processus s'arrêter.

N'est-on pas en droit de penser que, si l'on traitait ces malades de façon précoce, on parviendrait parfois peut-être à les guérir.

Mais encore faut-il reconnaître de bonne heure la manifestation d'ordre syphilitique susceptible de conduire à cette fin.

C'est la raison qui m'a incité à décrire devant vous aujourd'hui les modes de début de la paralysie générale.

Mon maître vénéré Gilbert-Ballet, dont la salle voisine conserve encore l'écho des belles leçons du samedi, et qui fut pendant son trop court passage à l'asile Ste-Anne un professeur inoubliable, ayant à décrire les modes de début de la démence précoce, se servit d'une comparaison imagée et dessina *les avenues de la démence précoce*. J'emprunte cette image heureuse à mon maître regretté et vais parcourir avec vous les avenues qui conduisent à la paralysie générale. Ces avenues, un peu arbitrairement, je les diviserai en avenues psychiatriques et avenues neurologiques, puisque la paralysie générale est, par excellence, la maladie neuro-psychiatrique.

Avenues psychiatriques

Parmi les avenues psychiatriques, l'une d'elles, la plus importante, est l'*avenue démentielle*.

La *démence* du psychiatre est, vous le savez, très différente de la démence du légiste; pour ce dernier, elle signifie toute l'aliénation mentale; pour le psychiâtre, la démence est l'affaiblissement intellectuel avec, théoriquement du moins, la notion d'incurabilité. Le démence domine la paralysie générale si bien que cette affection s'appelle aussi *démence paralytique*.

Eh bien! on peut entrer dans la paralysie générale par la démence; c'est une *démence progressive*, portant le plus souvent d'abord sur le caractère, la manière d'être, la moralité. Un individu qui, jusqu'alors avait un caractère égal, devient irritable; notez ce début par *irritabilité*, car il est extrêmement fréquent; puis, cet homme, qui était réservé, parlait peu à l'état normal, devient bavard, se mêle à toute conversation, ses propos sont souvent cyniques et traduisent déjà un fléchissement de la moralité. Vous verrez plus loin à quoi peut conduire ce fléchissement; puis, ce sont des écarts de conduite, des excès de boisson avant d'être des actes délictueux.

Ensuite, vient la partie purement intellectuelle de la démence; ce sera d'abord un défaut d'attention, une fatigabilité physique se traduisant par un *rendement professionnel diminué*; enfin, la mémoire est atteinte; ce sont d'abord les souvenirs récents, conformément à la loi de Ribot, qui sont pris, le malade conservant ses souvenirs anciens; puis tout fait défaut et l'amnésie est totale.

Je ne fais qu'une esquisse rapide, je ne veux pas entrer dans la description de la démence.

Vous le voyez, troubles du caractère, troubles de la moralité, de l'attention et de la mémoire, sont les éléments principaux de la forme de début de cette démence; avant de l'abandonner, il faut tout de même lui donner la part qui lui revient, la notion de démence dominant la paralysie générale.

Vous pouvez imaginer que la démence est une source située sur une colline, de cette source descend un ruisseau, qui à droite et à gauche, donnera, contrairement aux lois géographiques, des ruisseaux secondaires divergents.

Quels que soient les sites parcourus par ces ruisseaux, l'eau conservera le même goût, le *goût démentiel*; et ce goût vous le trouverez à tous les autres symptômes, à la période d'état, et parfois même au début.

Arrivés au bas de la colline, tous les éléments de la paralysie générale vont donc avoir souvent ce goût démentiel; mais, sur le même sommet, à côté de la source démentielle, il y a d'autres sources, des sources expansives, dépressives, etc... et il arrivera souvent que les eaux émanées de ces sources ne se mêleront que tardivement ou même pas du tout aux flots de la source de démence.

A côté de l'avenue démentielle, je vais vous décrire d'abord des *avenues expansives*, c'est-à-dire des manifestations psychiques du type maniaque, je vous en ai dit deux mots lorsque je vous ai parlé de la manie.

Ici, il faut faire très attention; il y a deux choses à considérer, dans le détail desquels je n'entrerai pas, je pose simplement des indications. Je crois, avec beaucoup d'auteurs et entr'autres avec Ferrarini, qu'il existe des manifestations maniaques typiques, *chez des prédisposés*, qui peuvent être déterminées à longue échéance par la syphilis, et prendre plus tard l'aspect de la paralysie générale; en d'autres termes, je crois que, chez un syphilitique qui fera plus tard de la paralysie générale, peut se manifester une crise de manie, soit sous forme d'excitation maniaque, soit sous la forme de manie aiguë; et à ce moment, les éléments démentiels pourront faire entièrement défaut. Et, plus tard, au bout d'un an ou deux, vous pourrez avoir encore une autre crise d'excitation ou de manie, mais alors ce ne sera plus de la manie pure, ce sera une agitation démentielle. La manie a longtemps à l'avance annoncé la paralysie générale.

Voici la troisième avenue, l'*avenue dépressive*. Il y a encore ici deux cas à considérer; de même que la manie peut précéder de longtemps chez un syphilitique l'apparition de la paralysie générale, de même et plus souvent encore la mélancolie; là deux formes encore, la dépression mélancolique ou la grande mélancolie pure, typique, ne différant en rien de la mélancolie que j'ai décrite dans ma dernière leçon; cette mélancolie peut précéder de deux ou trois ans l'apparition de la paralysie générale, mais, après une période parfois prolongée de fausse sécurité, le malade entre dans la paralysie générale par une mélancolie démentielle.

Ces faits ont été très nettement exposés par Gilbert-Ballet; ils ont force de loi actuellement.

Il existe une autre forme dépressive que Gilbert-Ballet a décrite sous le nom de *forme neurasthénique*. Chez ces malades existent la céphalée, la plaque sacrée, l'amyosthénie, les préoccupations hypocondriaques des neurasthéniques.

Le diagnostic, basé seulement sur l'examen psychique, est très difficile ne reposant que sur des nuances.

Un mode de début assez rare est le *début confusionnel*: quelques malades entrent dans la paralysie générale par la confusion mentale, il s'agit de phénomènes confusionnels

© BIU Santé

en relation avec la méningo-encéphalite syphilitique, souvent d'alcoolisme associé.

Les *formes délirantes* de la paralysie générale ont été un peu arbitrairement isolées par moi des formes précédentes ; je vais décrire rapidement les délires expansifs et dépressifs ; inutile de dire qu'ils accompagnent les formes correspondantes déjà énumérées.

Le délire du paralytique général est absurde, incohérent, contradictoire, mobile (Falret).

Le *type expansif* est le plus objectif, c'est la variété *mégalomaniaque*.

Vous avez vu l'autre jour une malade qui racontait qu'elle avait un château, des autos, des trillards, un moment après elle vous disait qu'elle gagnait 15 fr. par jour, la contradiction ne la surprenait pas ; c'est un délire absurde contradictoire.

Le *délire dépressif* est d'un diagnostic plus délicat ; c'est un délire assez pauvre, terne, comme le délire mélancolique. Ce dernier est-il moins stupide ? peut-être ; je crois néanmoins qu'il n'y a rien de plus absurde qu'un délire mélancolique. En présence de la conception la plus baroque, la plus extravagante exprimée par un malade vous serez souvent en peine de dire s'il s'agit d'un mélancolique ou d'un paralytique mélancolique ; peut-être aurez-vous plus souvent chez le paralytique du délire hypocondriaque avec négation d'organes. Une sorte de syndrome de Cotard incomplet d'apparition rapide.

Je n'insiste pas sur d'autres délires, mystiques, de persécution, d'interprétation, d'imagination qui sont des raretés. Les *délires hallucinatoires* sont rares mais non exceptionnels. Certains tabo-paralytiques interprètent leurs douleurs comme des maléfices et construisent ainsi un délire.

Les actes des paralytiques méritent une mention spéciale.

Vous verrez des paralytiques généraux qui font des entreprises audacieuses et qui souvent réussissent car, si dans certains cas, les entreprises sont tellement audacieuses qu'elles paraissent absurdes, elles sont parfois logiques et couronnées de succès ; il s'agit alors d'une excitation précoce qui donne à l'individu un véritable coup de fouet, sans diminuer son intelligence ; plus tard, quand le sujet est dément, les entreprises s'en ressentent.

Vous verrez au début, chez certains intellectuels, une production parfois surprenante. M. Roger me parlait tout à l'heure d'un médecin connu qui, jusque-là très réservé dans sa production, se mit un jour à publier des œuvres médicales de très haute valeur, d'ailleurs ; il est incontestable que ce médecin qui mourut deux ans plus tard de paralysie générale, avait, sous l'influence du coup de fouet donné par la syphilis, acquis une hyperactivité psychique non démentielle.

Est-il besoin de vous rappeler de Maupassant ?

Vous trouverez souvent, chez les femmes en particulier, la tendance à collectionner des objets dont elles n'ont cure, dont elles n'ont nul besoin, par exemple ces malades collectionnent des corsets, des gants, des bas, cela dénote évidemment un caractère démentiel.

Voilà pour les choses de la vie courante, au point de vue *médico-légal*, le paralytique général accomplit souvent des actes délictueux. Il y a à cela deux causes.

Je vous ai dit qu'il y avait d'abord chez le paralytique général, fléchissement de la moralité, sans démence ; les notions de la moralité, souvent pas très solides, ont disparu ; le malade se comporte comme un sujet dit normal ; commet des escroqueries, des vols, avec le discernement du criminel. Par conséquent, à ce moment il sera difficile de reconnaître le caractère morbide de l'acte. A côté de ces actes, d'autres ont un caractère morbide évident ; c'est le *vol* sans aucune précaution, sans intérêt. Magnan rappelait le cas d'un malade qui fut voler un fût de vin et demanda à un agent de police de l'aider à le transporter.

J'ai vu à la clinique psychiatrique, il y a quelque temps, une malade arrêtée pour vol d'un corset dans un grand magasin ; elle fut conduite au dépôt puis à l'infirmerie, enfin devant les tribunaux, où on la reconnut irresponsable. Conduite à la clinique du professeur Claude, elle y demeura quelques mois puis fut renvoyée. En sortant de l'asile, elle retourna au même magasin, au même rayon, reprit le même objet, et se fit ainsi de nouveau arrêter.

L'*assassinat* est rare, chez le paralytique. La *fugue* démentielle est assez fréquente.

Les délits *d'ordre génital* ne sont pas exceptionnels, satyriasis, viol, attentat à la pudeur, exhibitionnisme, ce dernier souvent par négligence. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, un malade, jusqu'alors normal, qui se mit un jour à uriner devant sa belle-sœur.

Le *suicide* doit nous arrêter quelques minutes : c'est souvent un suicide absurde et raté, c'est l'histoire d'un malade qui voulut se suicider, mit une corde à son cou, monta sur un escabeau et oublia de retirer l'escabeau, c'est un suicide raté ; un autre employa le charbon, qui oublia de fermer la fenêtre ; un autre, voulant se jeter à l'eau, se rappela au dernier moment que son médecin lui avait défendu l'eau froide. Mais tous les suicides des paralytiques généraux, ne sont pas ratés. Je me rappelle avoir vu il y a quelques années un malade de Milian qui habitait un sixième étage, quai de la Rapée ; ce malade se présentait comme un mélancolique ; M. Milian avait diagnostiqué la paralysie générale, je fis une ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien, était riche en lymphocytes, je n'ai pas examiné le malade autrement. Quelques jours tard il se précipitait par la fenêtre.

Le suicide raisonné chez le paralytique, n'est donc pas exceptionnel, bon nombre de malades ont fait leur diagnostic et ont voulu échapper par la mort au sort inéluctable qui les attendait.

Avenues neurologiques

A côté des avenues psychiatriques, vous ai-je dit, il y a les avenues neurologiques.

D'abord deux symptômes généraux qui sont aussi d'ordre neurologique : la *céphalée*, l'*insomnie*. La céphalée, quoi qu'on dit est fréquente dans les prodromes de la paralysie générale. Ajoutez à cela l'*amaigrissement*, car au début les malades maigrissent formidablement.

Le malade peut entrer dans la paralysie générale, par le tabès. Il peut y entrer par l'*hémiplégie* : Gilbert-Ballet a insisté sur cette hémiplégie *transitoire*, qui guérit *spontanément*, révélatrice d'un processus de paralysie générale ; la maladie peut débuter par l'*aphasie*, la *migraine ophtalmique*, les *paralysies oculaires*, en particulier ces paralysies dissociées du nerf moteur oculaire commun, dont on a dit qu'elles *sentaient la vérole*, de même d'ailleurs que l'inégalité pupillaire, les déformations de la pupille et la perte du réflexe photo-moteur.

Le début par *ictus* n'est pas rare, il marque souvent l'apparition ou la recrudescence de la démence ; il s'accompagne parfois de *crises épileptiformes*. En présence d'épilepsie tardive, pensez toujours à la paralysie générale. L'*ictus amnésique* mérite une mention spéciale. Un malade m'est amené à l'Hôtel-Dieu ; il a oublié soudainement son nom et son adresse, ses pupilles sont inégales, son liquide céphalo-rachidien riche en lymphocytes. J'ai vu en deux mois trois cas semblables et les journaux ont parlé d'épidémie d'amnésie.

J'ai hâte d'arriver à un syndrome capital, que j'appellerai, *syndrome excito-moteur de la paralysie générale*. Quel est-il ?

Le système musculaire d'un paralytique général semble être constamment sous l'influence d'un courant électrique, à décharges très rapprochées. C'est vous dire que les différents territoires du corps du paralytique sont agités de secousses ; ces secousses sont les unes fibrillaires, les autres fasciculaires, ces dernières se traduisant par l'*instabilité*. Ce symptôme peut être exceptionnellement perçu par le malade.

Aux périodes initiales en effet, le malade peut sentir et voir lui-même ses fibres musculaires ainsi agitées. Ces secousses existent à la face, aux petits muscles des mains, des pieds, mais aussi partout ailleurs ; les mêmes phénomènes peuvent se rencontrer chez des *névropathes*, et ne croyez pas chaque fois que vous verrez chez des malades des secousses fibrillaires ou autres qu'il s'agira nécessairement de paralysie générale ; ce syndrome vous allez le retrouver dans le

© BIU Santé

tremblement, dans *l'écriture* et enfin dans *la parole*, qui en sont les manifestations objectives. Faites placer la main dans la position du serment, un *tremblement fibrillaire* agite les doigts, il n'a rien de caractéristique ; mais de temps en temps, une secousse brusque éloignera ou rapprochera un doigt, mobilisera la main en masse et cela, inconstant chez les paralytiques généraux, je ne l'ai vu jusqu'à présent que chez eux. Régis y a justement insisté.

A la face, les lèvres sont trémulantes, de même les muscles naso-géniens, houppe du menton, etc. Ces trémulations apparaissent rarement au repos, mais surtout quand le malade parle ou *va parler*. La langue est agitée de tremblement fibrillaire, elle est *instable* et ébauche le mouvement de trombone. L'*écriture* est encore à peu près normale, cependant un trait est arrêté brusquement par une secousse, des V ont leur angle inférieur arrondi, des points sont devenus virgules, etc., petits éléments qui sont souvent révélateurs.

La *parole* est exactement la traduction pour l'oreille du syndrome, excito-moteur, elle est trémulante, hésitante, spontanément, aux mots d'épreuve ou, simplement sous l'influence des émotions. Derrière ces troubles on sent le syndrome excito-moteur de la paralysie générale.

La *dysarthrie* est un symptôme tellement important que quelques médecins, à tort selon moi, considèrent son absence comme éliminatoire pour le diagnostic.

Il y a quelques années, étant dans le Midi, j'en profitai pour aller voir un de mes amis qui occupait une situation dans une banque. Je le demandai, j'entendis derrière le guichet la voix de son frère qui me disait : Mon frère n'est pas là. Je savais du frère, que ce jeune homme avait eu la syphilis ; je fus frappé de cette voix, je convoquai mon ami qui me dit : mon frère n'est pas malade mais il a maigri, son médecin croit qu'il a une maladie d'estomac, il me demanda de l'examiner ce que je fis. Le diagnostic était évident, le pauvre garçon mourut peu de temps après.

Je vous est conduits rapidement à travers les principales avenues de la paralysie générale. Il faudrait aboutir. Vous êtes en droit de me dire : vous avez fait une énumération de symptômes, vous avez essayé de démolir certains dogmes, sur quoi vous basez-vous, maintenant, pour faire le diagnostic de la paralysie générale ? J'avoue que votre question ne m'embarrasse pas ; je me préoccupe fort peu de faire le diagnostic de la paralysie générale.

Si vous vous trouvez en présence d'un malade qui a les manifestations envisagées, vous avez le devoir impérieux de savoir si le malade n'est pas syphilitique et susceptible par conséquent de devenir un paralytique, c'est la seule chose qui soit à considérer ; voyons cependant quelques règles pratiques.

En présence d'un malade qui a les symptômes neurologiques isolés, épilepsie tardive, hémiplégie transitoire, etc., il faut toujours penser à la paralysie générale ; il faut y penser avant tout chez un tremblеur et chez un dysarthrique, vous rappelant qu'il existe des *formes somatiques* de la méningo-encéphalite diffuse.

En présence d'un malade qui fait des troubles psychiques à caractères démentiels, si le diagnostic ne s'impose pas, il se pose avec une certaine acuité ; mais si, chez un malade psychique, vous observez des phénomènes neurologiques : tremblement caractéristique, dysarthrie par exemple, alors le diagnostic s'impose.

Enfin, chez un malade qui fait des troubles psychiques purs, qu'il s'agisse de manie ou de mélancolie, pensez toujours à la possibilité d'une syphilis ancienne souvent méconnue dans le passé, et à la possibilité de la paralysie générale dans l'avenir.

Faites donc une enquête complète ; examinez avec soin le malade, le mari ou la femme, les enfants. Faites toutes les recherches de laboratoire, même celles que l'on a coutume de trouver *trop sensibles* ; vous n'oublierez pas néanmoins que l'on peut être psychopathe et syphilitique sans être pour cela paralytique général ; mais cela c'est du pronostic, la thérapeutique sera la même.

Un dernier souvenir personnel, il y a très longtemps, je recevais du Midi une lettre d'une dame de mes amies, qui me demandait de voir son frère placé dans une maison de santé. J'étais alors jeune étudiant, j'allai trouver le médecin directeur de la maison de santé ; le malade avait fait au cours d'une crise de mélancolie, une tentative de suicide ; un des maîtres les plus éminents de la psychiatrie, avait rassuré la famille, lui disant que la mélancolie guérissait toujours. Le médecin-directeur de la maison de santé avait été surpris, de ce diagnostic hâtif et sans ponction lombaire. Le malade mourut deux ans plus tard de paralysie générale. C'est vous dire qu'il ne faut pas négliger la manie, la mélancolie, même l'accès à double forme, sous prétexte d'accidents, de même ordre, chez le malade ou dans sa famille, vous risqueriez des mécomptes importants car la prédisposition n'a pu ne donner que la forme à l'action de la syphilis.

Arrivé au terme de cette leçon, j'éprouve la sensation du vide, j'ai l'impression de ne pas vous avoir tout dit ; cette impression, dois je vous l'avouer, ne m'est point désagréable.

Je me suis proposé seulement de parler clair et je me suis laissé dire que ce n'est pas toujours le fait du langage médical et du langage psychiatrique en particulier ; ai-je atteint mon but ? je ne sais.

J'ai parcouru avec vous les différentes avenues qui *peuvent* conduire à la paralysie générale, chemin faisant j'ai essayé, dans les avenues les plus obscures, de mettre une lueur d'espérance et de vous conduire à penser que, si le paralytique général est un condamné à mort, entre le juge et le bourreau il y a place peut-être pour un recours en grâce.

Diagnostiquez de bonne heure la paralysie générale, ou plutôt reconnaissez le symptôme d'ordre syphilitique qui peut y conduire et traitez énergiquement votre malade ; défendez-le, et s'il y a lieu, défendez les siens.

Prévoir, traiter, n'est-ce pas la devise de tout médecin digne de ce nom.

Ne vous illusionnez point, vous aurez souvent des mécomptes et la paralysie générale diagnostiquée tôt et immédiatement traitée évoluera inexorablement ; mais qu'importent les insuccès à celui qui aura prévu assez tôt et traité à l'heure indiquée.

Qu'il s'agisse de paralysie générale ou d'autres affections, l'avenir nous réserve des insuccès hélas et des mécomptes, mais, en toutes circonstances, vous aurez fait pour le mieux, et vous arriverez à la fin de votre carrière avec cette paix de la conscience sans quoi, pour tout homme et en particulier pour tout médecin, quelque souriante que lui ait été la fortune, et quelque élevée que soit sa situation, la vie ne vaut pas d'avoir été vécue.

REVUE GÉNÉRALE

Les odontoses

Par le Dr **Raymond BOISSIER**

Définition. — Je rangerai dans le groupe de ce que j'appellerai les *odontoses* — pour ne pas préjuger de leur nature — l'ensemble des formations pathologiques édifiées aux dépens des tissus dentaires, quelle que soit l'époque, quel que soit le mécanisme de leur génèse.

Rentreront dans leur cadre d'une part les kystes, d'autre part les tumeurs (adamantinomes et odontomes des classiques) à la seule condition de s'être développés à partir d'un tissu dentaire.

Ce sont donc des tumeurs siégeant dans les maxillaires, solides ou liquides, de pronostic bénin et d'origine dentaire ou paradentaire.

Terminologie.— Dès qu'on aborde l'étude des productions pathologiques qui nous intéressent, on se heurte à une difficulté quasi insurmontable : il est en effet presque impossible de retrouver, parmi le fatras des multiples dénominations inventées par les divers auteurs, les termes synonymes.

© BIU Santé

Nous réunissons dans le tableau ci-dessous — encore bien incomplet — les vocables adoptés par les plus importants parrains. Pour ne pas déroger à la loi commune, nous y comprendrons ceux que nous avons jugés le mieux répondre à nos conceptions pathogéniques, ou plus simplement au respect que nous professons envers la langue française. Il va sans dire qu'ultérieurement nous les emploierons seuls.

AUTEURS				
Broca	Magitot	Ombrédanne	Frey	Boissier
Kystes embryoplastiques	K. Embryoplastiques	K. adamantins	Adamantinomes liquides simp.	Kystes
K. Odontoplastiques	K. Odontoplastiques	K. dentifères	Adamantinomes liquides dentifères	Kystes mixtes
K. coronaires	K. coronaires			
K. Radiculaires	K. périostiques	K. paradentaires		
Odontomes embryoplastiques	Odontomes bulbaires	Adamantomes	Adamantinomes solides simples	Amélomes
O. odontoplastiques	O. odontoplastiques	Odontomes	Ad. solides dentifères	Amélodentinomes
O. coronaires	O. coronaires	Paradontomes coronaires		Odontome
O radiculaires	O radiculaires	P. radiculaires		

Historique. — Les kystes, découverts par Scultet, furent étudiés par Delpech qui démontra leurs rapports avec les dents. Runge décrivit leur symptôme pathognomonique : le bruit de parchemin.

Broca, en 1869, leur consacra un mémoire qui ouvrit l'ère des recherches scientifiques.

Cette étude capitale contenait également la meilleure monographie des tumeurs, qui n'avaient jusqu'alors été l'objet que d'études incomplètes.

Anatomie pathologique.

A) Kystes.

1° Le *kyste* se présente généralement sous la forme d'une poche sphéroïdale dont le volume n'excède jamais celui d'une tête d'enfant, grise, vascularisée, et pourvue d'une coque plus ou moins épaisse. Il semblerait siéger de préférence au maxillaire inférieur.

Histologiquement, le kyste est composé de :

α) Une *coque conjonctive*, vascularisée et infiltrée de cellules embryonnaires.

β) Un *revêtement épithélial* interne, dont le type varie suivant l'âge de genèse et le siège de la lésion : type pavimenteux lorsqu'il provient de la lame épithéliale ou de ses restes ; + type cubique, quand il s'est formé aux dépens du gubernaculum ; type étoilé quand il utilise les vestiges de la pulpe de l'émail.

Le kyste contient un *liquide jaune* séreux, filant, contenant des cristaux de cholestérine. Parfois on y décèle des fongosités dues à des acides gras (kystes butyreux).

Une fois, on y découvrit un actinomyces (champignon).

2° Le *kyste mixte*, en général unique, siège aussi bien en haut qu'en bas. Il ne dépasse guère le volume d'un œuf.

Il présente exactement la même structure que les kystes simples, mais il contient de plus soit des *tissus dentaires amorphes* (émail, ivoire, cément, suivant l'âge où la cause pathogénique intervint), soit une ou plusieurs *dents* plus ou moins développées.

Dans ce cas, le plus souvent, on constate l'absence d'une dent permanente, pouvant être masquée par la persistance anormale d'une dent de lait.

Le *granulome* classique ne diffère en rien d'un kyste simple. Gros comme un pois, de coque épaisse, il n'adhère pas au maxillaire ; il se compose d'un stroma fibreux où s'enfoncent des boyaux épithéliaux provenant du revêtement central.

Les relations du granulome avec la racine ne sont pas nettement établies : Cavalié distingue les kystes vrais insérés à l'apex des faux kystes juxta-radiculaires. Jacque ajoute à cette classification les kystes corono-dentaires insérés à l'apex.

B) Tumeurs.

1° *Amélomes.*

L'amélome typique, tumeur molle, irrégulière, fongueuse, rougeâtre, est formé d'un *corps fibreux* renfermant des *boyaux pleins épithéliaux* présentant une assise périphérique circulaire d'améloblastes ; à l'intérieur une pulpe de cellules étoilées et des amas irréguliers de cellules malpighiennes.

Le plus souvent l'amélome s'est vascularisé et a sécrété des îlots asymétriques d'émail. Parfois sa paroi interne revêt l'allure végétante et sa cavité tend à devenir virtuelle.

Généralement l'amélome, unique, siège au maxillaire supérieur dans la région du massif incisif. Son volume peut devenir énorme : il présente toutes les formes de passage avec les :

2° *Amélodentinomes.*

L'amélodentinome prend l'aspect d'une masse fibreuse, dure, recélant des amas d'ivoire plus ou moins recouverts d'émail, excèdent rarement la grosseur d'une noix.

3° *Odontomes.*

Masses dures, minuscules, appendues à la racine ou au collet d'une dent contenant les trois tissus dentaires ; ils représentent la forme la plus différenciée, la plus tard développée des odontoses. Possédant tous les éléments nécessaires à l'édification d'une dent normale, ils ne doivent leur amorphie qu'à leur mécanogenèse qui s'exerce sans orientation dans le temps ni l'espace.

Pathogénie. — Pour comprendre les différentes conceptions pathogéniques des odontoses, il est indispensable de se remémorer les deux faits histologiques suivants :

1° Le *germe dentaire* qui évoluera en dent est formé par :

a) un organe adamantin composé de :

α) une membrane épithéliale pavimenteuse de Nasmyth.

β) une rangée d'améloblastes.

γ) entre ces deux tissus, dont le second ne représente qu'une modification mécanomorphique du premier, un amas de cellules étoilées.

Cet organe déprimé en cupule coiffe :

b) le bulbe mésodermique, présentant :

α) à sa face externe la couche des odontoblastes.

β) au-dessous, parmi du conjonctif les organes de nutrition et de relation.

2° Le ligament alvéolo-dentaire, constitué par les restes du sac folliculaire transpercé par la couronne lors de son éruption contient les *débris épithéliaux para-dentaires.*

a) le groupe supérieur ou gingival, provenant de la lame épithéliale ;

b) le groupe moyen, ou intraligamentaire, provenant des cordons épithéliaux et de la pulpe adamantine ;

c) le groupe apical, provenant des bourgeons paradentaires.

Ces notions d'anatomie microscopique sont restées classiques jusqu'aux travaux de Retterer : il est indispensable de les rappeler tout au long pour interpréter des théories déjà anciennes et fort vieillies.

A) Broca. — Pour Broca, qui tenta le premier d'établir une classification méthodique, la date du processus causal de dystrophie importait surtout : quand ce dernier s'exerçait dès le *stade embryoplastique*, on ne pouvait rencontrer que des tissus jeunes, non différenciés dans les tumeurs en question.

Plus tard, au stade *odontoplastique*, l'odontome contiendra des tissus déjà évolués : émail, ivoire.

© BIU Santé

Dans un dernier stade que Broca dédouble bien inutilement en *corona re* et *radiculaire*, on sera en présence des mêmes tissus et de cément.

L'action pathologique a son origine dans le bulbe dentaire lui-même, entraînant obligatoirement l'évolution de la dent, et causant irrévocablement une dysodontogénie.

La critique de la théorie mésodermique a été faite maintes fois, nous n'y reviendrons pas,

Sans insister sur sa chronologie arbitraire, ni sur la négative du rôle hyperplasique des éléments épithéliaux, on peut faire remarquer que chez de nombreux individus il est loisible d'observer des odontoses sans le moindre symptôme de dysodontogénie.

B) Magitot. — La conception de Magitot n'a plus qu'un intérêt documentaire, mais elle suscita au sein du monde médical de telles discussions qu'il est impossible de les passer sous silence.

D'une part, il admet parfaitement les idées de Broca en ce qui concerne ce qu'il appelle les kystes tératologiques nés du follicule dentaire.

Mais d'autre part il distingue les kystes pathologiques d'*origine périostique*.

Pour lui, sous l'influence d'une irritation locale, le périoste alvéolaire, soulevé par le pus, se décolle. Le kyste provient ainsi d'une périostite chronique alvéolo-dentaire et de la transformation du tissu conjonctif périostique en épithélium kystique.

Or une telle transformation ne saurait être compatible avec les lois histogéniques.

Rédier tenta de rajeunir l'hypothèse de Magitot en reprenant la théorie infectieuse: une pulpite, par voie radiculaire, provoque une arthrite chronique alvéolo-dentaire. D'où formation d'un granulome conjonctif renfermant dans son stroma des travées épithéliales qui sont des vestiges paradentaires. Si la dent est multiradiculaire, il se forme autant de granulomes qu'il y a de racines.

Le pus s'écoule par le canal radiculaire, ou s'enkyste s'il est peu abondant. Mais s'il est formé en quantité suffisante et rapidement, si d'autre part la virulence des microbes s'exalte, le granulome s'abcède et se fistulise.

Si par contre le pus se forme lentement, mais en abondance, le granulome évolue et devient un gros kyste.

On le voit, en dépit de l'opinion générale, cette théorie de Rédier s'éloigne fort de celles de Magitot. Elle a le mérite d'assigner une pathogénie plausible aux kystes non dentifères, mais elle manque de généralité.

C) Sarran. — Aguilhon de Sarran assigne à l'épithélium des kystes une toute autre origine.

L'enkystement est un processus de défense de l'organisme contre les corps étrangers exo ou endogènes. Ce rôle est tenu ici par les vaisseaux radiculaires dont l'activité physiologique est anéantie par une gangrène pulpaire. De la racine sort donc un faisceau de 30 ou 40 vaisseaux mortifiés, comme les poils d'un pinceau.

Le kyste se développera autour d'eux pour les éliminer et c'est leur endothélium vasculaire qui constituera l'épithélium kystique.

Cette conception a du moins le charme du romanesque.

D) Malassez. — Il faut arriver à Malassez, en 1884, pour voir exposer une théorie d'allure plus scientifique et dont la généralité ne semble guère souffrir d'exception.

Ajoutons tout de suite, pour n'y plus revenir, qu'il serait injuste d'attribuer au seul Malassez le mérite de sa découverte, et que la priorité revendiquée par Verneuil paraît se soutenir par de multiples et sérieux arguments.

Les kystes et tumeurs se développent aux dépens des débris paradentaires, amas inutilisés de cellules jeunes fortement dynamogéniques et ne demandant qu'une faible excitation pour proliférer sans ordre, sens, ni mesure.

Suivant l'époque où la cause initiale s'exerce, elle empêche la formation de la dent (adamantinome) ou son éruption (kyste dentifère).

Agit-elle plus tard ? La dysplasie s'accolera à la dent normale (kyste paradentaire).

En somme, un processus irritatif quelconque agit à la fois sur le tissu conjonctif et les débris épithéliaux des trois groupes sus-indiqués. D'où formation de fongosités simples : ensuite, s'organise un adamantinome, puis un véritable épithéliome adamantin.

Il est certain que (exception faite des tissus dentaires eux-mêmes) seuls les débris paradentaires épithéliaux peuvent contribuer à former le tissu épithélial que l'on rencontre obligatoirement dans toutes les odontoses sans exception.

Mais Broca, devant les objections capitales faites à sa théorie folliculaire, pour expliquer la formation d'odontoses sans lésions ni anomalies dentaires, avait admis l'existence de germes dentaires supplémentaires qui ne s'éloignent guère morphologiquement des véritables restes paradentaires. Ainsi, par ces organes hybrides et mal déterminés, les deux théories se rapprocheraient jusqu'à se confondre harmonieusement.

E) Frey et Ruppe. — Enfin il nous faut signaler la curieuse théorie de Frey et Ruppe, d'après les conclusions de Retterer.

Le rôle du tissu adamantin est double : d'une part, il excite l'histogénèse mésodermique, de l'autre il se vacuolise pour aider à l'éruption de la dent et la guider.

Quand le deuxième rôle s'exagère, il se produit un kyste.

Quand, au contraire, c'est la première fonction qui s'accomplit mal, une véritable folie adamantine se déchaîne, entraînant à son tour une folie mésodermique, d'où formation des tumeurs les plus diverses, mais toujours solides.

F) Leriche et Cotte. — Ces auteurs admettent l'origine paradentaire, mais ils distinguent des proliférations cellulaires mono et bidermiques (?). Toutes les tumeurs nées des ébauches dentaires deviennent des tumeurs congénitales par inclusions embryonnaires : ce sont donc des embryomes simples, mono ou bidermiques, de véritables enclavomes dentaires.

G) Personnellement. — Quant à nous, il nous semble évident que les éminents auteurs qui traitèrent la pathogénie des kystes eurent tous une conception de la réalité exacte mais parcellaire. Si nous exceptons les théories que l'on ne pourra jamais adapter au cadre rigide des lois histologiques — celles de Magitot ou de Sarran, par exemple — nous estimons les autres moins irréductibles qu'elles paraissent le devoir être au premier examen.

Si le rôle autolytique du tissu adamantin est loin d'être prouvé, si la folie adamantine n'est qu'un mot sonore et creux, il n'en est pas moins vrai que les améloblastes, aussi bien que les cellules épithéliales des résidus paradentaires forment les amas éparpillés d'éléments éternellement jeunes. Ils conserveront, longtemps après que le processus inéluctable d'éruption dentaire sera parachevé une puissance considérable, mais endormie de division, donc de prolifération.

Qu'une cause excitante agisse — infection, traumatisme, irrégularité d'éruption par malformation maxillaire, etc. — les cellules à noyau riche en chromatine se remettront soudain à utiliser leur vitalité suspendue.

Mais, au moment où se déclanche cette activité *normale*, les forces mécaniques, qui, *normalement*, devraient agir pour la diriger, la modérer, pour en tirer en quelque sorte le meilleur profit, n'existent plus. Il y a dyschronie entre les deux phénomènes dynamiques vitaux : activité cellulaire et forces mécaniques d'orientation. L'activité devient ainsi *pathologique*.

Il n'y a donc pas de folie adamantine. Les améloblastes ne font que leur métier de cellules jeunes. Ce sont les forces directrices qui défaillent, et cela parce qu'elles ont déjà terminé leur rôle, et qu'elles sont inaptes à le reprendre, les conditions mécaniques ayant changé.

Ceci posé, quel sera pour nous le mécanisme des odontoses ? Il sera multiple.

D'une part, nous admettrons avec Rédier le rôle de l'infection dentaire : ainsi sera constitué le granulome.

✦✦

© BIU Santé

Celui-ci sera la source unique d'où découleront par évolution naturelle les kystes uni et multiloculaires.

De plus, que l'excitant morbide soit suffisant, qu'il exerce son action au voisinage de cellules jeunes et non encore nettement différenciées — soit par leur âge, soit par des causes d'arrêt de développement — nous pourrons obtenir toutes les variétés décrites de tumeurs, solides ou liquides, ou mixtes.

Dans ce cas, la dent génératrice de l'odontose existe — même si elle reste incluse dans le maxillaire ou dans l'odontose.

Ainsi donc, le granulome — que nous confondons volontairement avec le kyste simple — est un stade obligatoire. Toutes les odontoses inflammatoires débutent par lui, et ce n'est qu'ultérieurement, suivant les éléments cellulaires touchés par l'excitant, que leur évolution les dirige vers l'une ou l'autre des catégories distinctes de néoformations.

L'origine de ces odontoses est donc nettement paradentaire.

D'autre part, il est permis de concevoir un second processus pathologique tout différent du premier.

Il viserait les productions s'accompagnant de l'absence d'une dent adulte, et serait d'origine folliculaire.

Si, durant la vie du germe dentaire, rien ne nous interdit de le soupçonner atteint d'infections, soit par la voie de l'iter dentis, soit par la voie sanguine, et par conséquent d'admettre la même pathogénie que celle exposée ci-dessus, nous pouvons également admettre la possibilité de troubles mécanogéniques.

Que le maxillaire soit soumis à des traumatismes, minimes mais répétés (succion, mastication), il les transmettra fidèlement suivant les lois physiques aux follicules qu'il contient.

Que l'enfant, au cours des importants phénomènes d'ossification, sans aller jusqu'à l'ostéomyélite, souffre d'une congestion osseuse chronique, ou qu'une zone d'hyperostose élève au-devant du follicule une puissante travée osseuse ou l'enserre dans une cuirasse ; que les forces mécaniques devant sinon déterminer du moins diriger l'éruption de la dent soient mal équilibrées par malformations congénitales, il y a là toute une série de causes méconnues qui suffiront à déterminer des dysplasies d'ordre mécanique, et reproduiront à partir du follicule dentaire toute la gamme des odontoses.

Pour nous résumer :

1° L'infection détermine des odontoses inflammatoires qui naissent toutes du granulome aux dépens des débris paradentaires.

Dans ce cas, pas d'anomalie primitive de dentition.

2° La dysodontogénie agit sur le follicule dentaire, et édifie à son détriment les odontoses mécaniques.

Dans ce cas il manque une dent adulte.

3° Ces deux causes agissent sur des tissus jeunes, ayant conservé toute leur activité cellulaire.

4° Elles les attaquent au moment où les forces mécaniques orientant l'odontogénèse ont cessé leur fonction, ou l'exercent d'une façon anormale.

5° Suivant l'âge et l'état de différenciation des tissus excités, on rencontre dans les odontoses les éléments divers des dents, à toutes périodes de leur évolution depuis le plus simple épithélium jusqu'à l'émail, la dentine et le cément.

Etiologie. — On sait peu de choses.

Les tumeurs solides siègent presque toujours au maxillaire inférieur. Elles frappent des individus de 8 à 25 ans.

L'infection semble y jouer un rôle mais son action reste à préciser.

Les kystes se développent entre 7 et 40 ans : mais si le granulome chez l'enfant dégénère volontiers en kyste, la plupart du temps, chez l'adulte dont l'ossification est terminée il ne dépasse guère ce premier stade.

Les formations kystiques sont indiscutablement en rapport avec une dent atteinte de pulpite ou d'arthrite chronique.

Symptomatologie.

A) Kystes.

Deux faits dominent la pathologie des kystes.

1° Le granulome évolue sans signes appréciables et constitue une trouvaille opératoire.

2° Tous les kystes, simples et mixtes, adoptent une allure clinique identique et nous réunirons dans une même description leurs signes identiques.

a) *Période de début.*

Insidieuse, très lente, quoiqu'on ne puisse lui assigner une durée exacte ; elle est caractérisée par l'absence de symptômes marqués, et se manifeste à peine par une certaine exagération des signes douloureux d'une arthrite concomitante.

On a signalé comme pathognomonique l'impossibilité d'obturer la dent malade : tout traitement occlusif détermine des douleurs violentes et ne cédant à aucune thérapeutique topique.

b) *Période d'état.*

Peu à peu, souvent par poussées inflammatoires difficilement perceptibles, le kyste se constitue et se développe.

S'il reste peu considérable à la vue, on ne peut rien constater ; plus gros, on aperçoit sous la gencive, la soulevant, une tuméfaction de grosseur variable, déterminant rarement une réaction congestive de la gencive, vascularisée anormalement.

La palpation n'est pas douloureuse, sauf si elle s'exerce en cours d'une poussée subaiguë.

Ce moyen d'examen permet de s'assurer de l'existence des deux signes de certitude du diagnostic :

α) Les doigts perçoivent nettement sous le bord osseux du maxillaire une fluctuation révélatrice.

β) La pression légère détermine un bruit absolument caractéristique, traduisant l'usure, la résorption de la table osseuse par le kyste ; c'est la crépitation parcheminée.

La radiographie, obligatoire dans la recherche des kystes révélera une zone régulière de transparence en même temps que les formations dentaires pathologiques.

Les kystes simples, qui prennent des proportions énormes au cours d'une évolution durant souvent de 5 à 20 ans, rencontrent des travées osseuses d'inégale résistance. Leur force d'expansion se transmettant également dans tous les sens, ce sont les points faibles qui se trouveront usés, perforés, détruits les premiers. Ainsi s'expliquent les kystes multiloculaires que d'aucuns voulurent ériger en maladie kystique.

Cliniquement, ils se présentent comme une masse inégale bosselant la gencive, alternant des parties fluctuantes avec des parties indurées.

Ils finissent par ébranler, déplacer, expulser même les dents voisines. Leur développement énorme gêne la mastication, la déglutition, la phonation et la respiration, surajoutant au tableau séméiologique des séries diverses de fonctionnels appropriés.

c) *Terminaison.*

L'évolution des kystes peut s'effectuer dans toutes les directions, mais elle se poursuit toujours dans celle de la moindre résistance, soit pratiquement le vestibule ou le sinus.

Dans ce dernier cas, la symptomatologie varie et l'on voit apparaître une série de signes que l'on recherche avec la diaphanoscopie, et que nous étudierons en détail, lors du diagnostic différentiel avec la sinusite maxillaire.

L'évolution très lente, par poussées espacées, peut conduire à la guérison par dégénérescence graisseuse. C'est l'exception.

Plus souvent, sous l'influence d'une infection exo ou endogène, le kyste devient purulent, d'où ouverture par le canal radiculaire s'il est lui-même ouvert, ou par une fistule interminable.

Alors, sur la gencive, fréquemment dans la région api-

© BIU Santé

cale d'une dent cariée, sur un tissu fortement enflammé, on aperçoit un orifice, étroit, rouge, vif, irrégulier, par où s'écoule du pus. Le doigt sent nettement une induration lymphangitique et inflammatoire le long du trajet fistuleux, et le stylet parvient plus ou moins facilement dans la cavité bourgeonnante du kyste.

En règle générale, la guérison ne survient, définitive qu'après l'énucléation parfaite et totale du kyste.

B) Tumeurs.

Des trois classes de tumeurs d'origine dentaire il en est une qui ne présente aucun intérêt clinique. Nous laisserons donc de côté les odontomes qui ne se manifestent par aucun signe et sont régulièrement découverts après une extraction.

1° Le début de l'*améloma* est absolument indolent. Ce n'est que par hasard que le malade constate l'existence d'une légère tuméfaction siégeant le plus souvent vers l'angle du maxillaire.

A la période d'état, l'amélome prend quelquefois l'aspect de l'épulis.

Le plus souvent il se développe inclus dans le maxillaire et pousse des bourgeons gris sarcomatoïdes par une alvéole déshabitée. Il atteint un volume énorme, mais encapsulé, il n'envahit jamais les tissus voisins et ne détermine pas d'adénopathie. L'état général n'est jamais affecté, malgré le développement énorme qu'il est susceptible de prendre.

2° *L'amélodentinome*, généralement moins considérable, diffère de l'amélome par sa consistance nettement osseuse. Parfois il ulcère l'os et la muqueuse et l'on aperçoit, faisant hernie, une masse irrégulière, verruqueuse, sur laquelle se détachent des îlots brillants d'émail.

A la percussion métallique, il rend un son clair.

Plus tard, il se mobilisera à la façon d'un séquestre à l'intérieur d'une loge.

Il est de règle que l'amélodentinome effectue son évolution sans déterminer aucun trouble général, et sans grands signes locaux.

Les complications de l'amélodentinome sont exceptionnelles.

Les amélomes évoluent lentement ; ils seraient capables de produire des métastases, mais le fait est loin d'être prouvé et accepté.

Leur infection par continuité avec la cavité buccale peut donner lieu à une ostéite classique du maxillaire inférieur avec suppuration prolongée par de nombreuses fistules.

Diagnostic

A) Kystes.

1° Le diagnostic des kystes à la période de début est pratiquement impossible. Le seul signe qui les différencie de l'arthrite (inefficacité d'aucun traitement, toute obturation ne pouvant être maintenue comme trop douloureuse) est trop contesté et trop difficile à percevoir pour entrer en ligne.

2° A la période d'état, il faut distinguer suivant qu'il existe ou qu'il n'existe pas de la fluctuation.

a) Il n'y a pas de fluctuation.

Il faut éliminer :

α) *L'hyperostose* du rebord alvéolaire, qui siège au niveau de ce bord, et parallèle à lui ; peu prononcée, elle ne détermine aucune douleur à la pression.

β) *L'hypercémentose* radiculaire, également indolente et peu marquée, mais allongée selon l'axe de la dent.

b) Il y a fluctuation.

Les signes qui serviront à établir le diagnostic différentiel sont les suivants :

I. La fluctuation.

II. La ponction exploratrice, qui ramène un liquide citrin, filant, chargé de cristaux de cholestérine.

III. La transillumination, pour les kystes de la mâchoire supérieure. Une lampe électrique placée sous le palais révèle une zone de transparence anormale causée par le kyste sinusien.

IV La radiographie, qui confirmera ce signe.

V. La nécrose d'une dent.

Il faut éliminer :

α) Les tumeurs malignes.

Elles ne présentent pas de fluctuation.

Horriblement douloureuses, d'évolution rapide, elles frappent généralement des vieillards. Elles n'offrent aucun rapport avec une affection dentaire, mais s'accompagnent régulièrement d'adénopathie et d'un état général rapidement cachectique.

La biopsie lèvera tous les doutes.

β) Les *angiomes*, relativement rares, sans limites bien précisées, battent synchroniquement au pouls.

γ) *Les abcès dentaires*, d'évolution rapide, sont marqués par des signes généraux importants (douleur, empâtement, fièvre, anorexie, dysphagie, cessation brusque des symptômes à l'écoulement du pus).

δ) *Les gommes syphilitiques* non ulcérées, généralement multiples, évoluent en deux, trois mois. Les téguments prennent une teinte cuivrée caractéristique s'étendant sur une zone d'œdème indolore. Puis la gomme s'ouvre découvrant une ulcération typique.

Il existe bien entendu d'autres éléments spécifiques de diagnostic, que le traitement améliore après quelques injections, en même temps qu'il guérit les gommes.

ε) *L'actinomycose* à forme centrale néoplasique siège de préférence à l'angle du maxillaire inférieur : elle constitue de nombreuses poches kystiques à contenu variable, mais la fistulisation multiple donne issue aux grains jaunes spécifiques.

Le trismus est souvent très accentué ; les métastases sont fréquentes : le véritable critérium c'est l'examen microscopique du pus et l'efficacité de l'iodure de potassium.

c) Dans les cas fréquents de *kystes intrasinusiens*, outre les commémoratifs, la sinusite chronique présente un tableau clinique assez chargé en signes différentiels.

Signe de Heryng. Pendant la diaphanoscopie, le sinus sain, le kyste, sont transparents, le sinus atteint est opaque : l'opacité est surtout sous-orbitaire.

Signe de Davidsohn : pendant la diaphanoscopie la pupille du côté sain est éclairée, tandis que l'autre est obscure.

Signe de Garel ; pendant la diaphanoscopie, le malade, paupières closes, perçoit la lumière du côté sain, et non de l'autre.

Il y a généralement écoulement de pus fétide par le nez.

La ponction enfin donne le signe de certitude en ramenant du pus.

Le diagnostic est en somme difficile, et c'est souvent la recherche d'une affection dentaire qui permettra de le poser avec un certain degré d'exactitude.

α) Quand la fistule s'est effectuée, on ne pourra guère confondre la fistule kystique avec la fistule salivaire (écoulement de salive au moment des repas), ni avec la fistule nécrosique (l'exploration au stylet conduira sur un séquestre), ni avec une fistule d'adénite génienne.

Enfin les commémoratifs permettront d'éliminer la fistule alvéolaire, qui débute après une courte tuméfaction douloureuse et s'installe d'emblée aux environs d'une dent incriminée par le patient.

Quant à la tuberculose du maxillaire, il est de règle qu'elle s'ouvre à la peau, et elle s'accompagne généralement d'autres manifestations tuberculeuses.

B) Tumeurs.

Deux cas sont à distinguer, suivant qu'il existe ou non une ou plusieurs fistules.

1° Il n'y a pas de fistules, ni d'ulcérations.

Le diagnostic différentiel à poser d'urgence est celui des *tumeurs malignes* : nous ne reproduirons pas la description des signes cliniques et il suffira de se reporter à ce que nous avons écrit précédemment.

© BIU Santé

Il faut surtout — et c'est souvent très délicat, éliminer les *kystes*.

La tumeur détermine généralement des anomalies de position ou de nombre des dents — contrairement au kyste.

La tumeur fait saillie sur les deux faces des maxillaires, tandis que le kyste ne se développe que sur la face externe.

La tumeur remonte sous la gencive : le kyste respecte le bord alvéolaire du maxillaire.

La tumeur ne fluctue jamais : le kyste fluctue.

La diaphanoscopie révèle, quand il y a tumeur, une zone d'opacité, quand il y a kyste une zone claire.

Ce signe est confirmé par la radiographie.

2° Il y a fistule, ou ulcérations.

Il faut penser à :

a) *L'ostéomyélite*, qui débute brusquement, au milieu de violentes douleurs et de signes généraux tragiques. La compression nerveuse donne souvent une zone d'anesthésie mentonnière. La rémission se fait dès la fistulisation. L'existence d'un séquestre, l'examen du pus, et les commémoratifs constituent les éléments du diagnostic, facile, sauf dans les cas d'ostéomyélite à forme lente.

b) *La nécrose phosphorée*, exceptionnelle, professionnelle et s'accompagnant d'une gingivite intense qui s'arrête brusquement à la chute de la dernière dent.

c) L'actinomycose (voir plus haut).

d) L'épulis sarcomateuse frappe des sujets jeunes ; elle expulse souvent la dent voisine, ce qui amène la disparition provisoire des douleurs de compression : de consistance dure, adhérente à l'alvéole, elle saigne facilement. La biopsie sera utile pour lever tous les doutes.

f) les tuberculomes qui évoluent par caséification vers l'abcès froid, et s'accompagnent de signes de tuberculose viscérale,

Traitement.

Le traitement est le même, sauf modalités de détail, pour toutes les odontoses : il comprend les temps suivants : incision, décollement, énucléation, curettage.

Les soins consécutifs se réduisent à rien, pour certains, tandis que d'autres préconisent de drainer sous sutures, et que d'autres enfin se contentent de lavages antiseptiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1924.

L'enseignement médical et les facultés de médecine. — ***M. Weiss*** fait une communication sur la réorganisation des facultés de médecine, sur les modifications à apporter à l'enseignement médical. Il estime qu'il y aurait lieu de douer les facultés de médecine de plus d'autonomie et de les rendre plus indépendantes des universités.

M. Hayem rappelle qu'en 1922, à la suite de plusieurs communications sur le même sujet, une commission a été nommée dont les études ont été interrompues. Il propose que l'important travail de M. Weiss soit renvoyé à cette commission et que celle-ci reprenne ses travaux.

M. Quénu pense que le travail de M. Weiss devrait être renvoyé à une commission spéciale.

— Cette proposition est adoptée. La commission est ainsi composée : MM. Hayem, Weiss, Tuffier, Chauffard, Gilbert, Quénu, Bar, Léon Bernard.

Représentation cinématographique d'une synthèse chimique. Application au n° 205 Bayer. — *M. Fourneau* fait une communication sur ce sujet qu'il appuie d'une démonstration cinématographique des plus curieuses pour expliquer la constitution synthétique d'un corps chromique, le 205 de Bayer.

De la calciurie. — Les observations de M. E. ***Manoussakis***, faites suivant la méthode des bilans et effectuées sur lui-même ont démontré que les renseignements fournis par l'étude de la calciurie sur laquelle on se base généralement pour apprécier les échanges calciques de l'homme sain ou malade, sont insuffisants et trompeurs.

L'auteur a observé, en effet, au cours de ses expériences :

1° Qu'une calciurie de 0,27, généralement considérée comme représentant un métabolisme calcique normal, peut coïncider, au contraire, avec une décalcification effective ;

2° Qu'avec une calciurie de 0,35, chiffre supérieur à celui que certains auteurs considèrent comme le chiffre normal, un sujet peut faire de gros grains de chaux, alors qu'on pouvait dire qu'il se décalcifiait ;

3° Que certains médicaments modifient à peine la calciurie et qu'ils sont cependant de puissants décalcifiants. Ces médicaments pourraient paraître inoffensifs si on jugeait de leurs effets par les variations de la calciurie, etc.

Ces faits tiennent au manque de parallélisme entre les éliminations calciques urinaires et les éliminations intestinales.

Résultats opératoires de 115 cas d'hypertrophie prostatique traités par l'électrocoagulation (forage de la prostate). — ***M. Georges Luys*** présente les déductions anatomo-pathologiques et cliniques ainsi que les résultats opératoires consécutifs à 115 cas d'hypertrophie de la prostate opérés directement sous la vue par les voies naturelles au moyen de l'électrocoagulation (forage de la prostate)

Par ce puissant moyen d'action, il est parvenu à détruire complètement dans 99 cas sur 115 tous les obstacles qui, dans l'urètre prostatique, s'opposaient à la miction.

L'auteur fournit les statistiques de l'âge de ses malades, ses résultats immédiats et les résultats éloignés qu'il a obtenus, certains de ses opérés restant guéris depuis près de dix ans.

Il démontre ainsi les avantages de sa méthode et de son opération qui reste bénigne, non mutilante, radicale et sûre.

Election d'un membre titulaire dans la section de chirurgie et accouchements. — La liste de présentation porte : en première ligne, M. Lejars ; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Pierre Duval, J.-L. Faure, Legueu, Mauclaire et Potherat ; adjoint à la présentation, M. Auvray.

M. Lejars a été élu par 59 suffrages sur 74 votants ; M. Duval a obtenu 3 suffrages ; M. Faure, 5 ; M. Legueu, 3, et M. Mauclaire, 4.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 avril 1924.

Du traitement des trajets fistuleux par les rayons ultra-violets. — ***MM. Maxime Ménard et Foubert*** rapportent les résultats obtenus chez 54 malades, présentant des fistules d'origine diverses, par application des rayons ultra-violets. Sur ce nombre ils n'ont eu que 5 échecs. Le mécanisme de l'action n'est pas encore expliqué ; mais l'un de ces cas montre qu'une fistule profonde peut être guérie, sans être directement exposée aux rayons ultra-violets.

M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 mars 1924.

Traitement des arthrites blennorrhagiques rebelles par les injections intra-articulaires de sérum antiblennorragique. — M. ***Le Fur*** a guéri deux cas d'arthrite blennorrhagique rebelles à tout traitement par des injections intra-articulaires de sérum Stérian, après échec par voie sous cutanée. Après une assez vive réaction, l'épanchement disparaît et l'articulation retrouve sa souplesse et ses mouvements normaux.

De l'élimination de l'urée dans la tuberculose rénale. — M. ***Le Fur*** montre qu'il existe toujours une diminution importante de l'urée au litre du côté malade. Mais parfois, par suite de la po-

© BIU Santé

lyurie fréquente du rein tuberculeux, la quantité d'urée totale éliminée pendant les deux heures de la séparation est plus grande du côté malade. En outre, certains reins présentant à l'œil nu des lésions minimes sont atteints de déficience considérable, due soit à des lésions tuberculeuses diffuses, soit à des lésions de néphrite simple.

Les appendicites chroniques méconnues. Signes radiologiques de l'appendicite chronique.— M. *Aimé*, se basant sur l'étude radiologique de 594 cas d'appendicite chronique, montre l'importance pour le diagnostic de toute une série de signes radiologiques accessoires, surtout des modifications constatées dans le jeu du diaphragme droit.

Traitement cinétique de la scoliose. — M. *Molinéry* présente des projections concernant le traitement de la scoliose musculaire, traitement cinétique simple et rationnel. Comme adjuvant, il préconise la vie au grand air, à la mer, le séjour aux eaux minérales sulfuréas-chlorurées-sodiques.

H. Duclaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1924.

Fibrolipome du pied. — M. *Mouchet* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Tillier (d'Alger) concernant un cas de fibrolipome du pied chez une enfant de 4 ans, tumeur développée au niveau du 4e métatarsien et faisant une assez volumineuse saillie sur les deux faces dorsale et plantaire. L'ablation en fut facile.

Luxation en avant de la 5e vertèbre cervicale. — M. *Mouchet* fait un rapport sur une observation de M. Corniolet (de Genève) concernant une femme de 36 ans qui fut blessée dans un accident d'automobile. L'attention fut d'abord attirée sur d'autres blessures multiples et ce n'est qu'au 6e jour que l'apparition de douleurs dans le bras gauche, bientôt suivies de phénomènes paralytiques et parétiques conduisit à un examen de la colonne vertébrale. Il n'y avait pas de déformation bien considérable. Les muscles innervés par la 5e paire étaient paralysés. Ceux qui dépendent de la 6e paire étaient parésiés. La radiographie montra que la 5e vertèbre cervicale était luxée en avant sur la 6e. L'extension progressive par moufles sur une table radioscopique amena la réduction et la guérison fut complète après une période d'immobilisation dans un plâtre.

Corps étranger du genou. — M. *Cadenat* fait un rapport sur une observation de M. Burgeas (Marine) concernant un cas de corps étranger du genou pris pour une fracture du ménisque. M. B. fit une intervention pour enlever le ménisque et constata que celui-ci n'était pas rompu mais écrasé par un corps étranger. Il enleva ce corps étranger et aussi le ménisque qui était altéré. M. C. estime qu'il a été utile de compléter ainsi l'intervention mais qu'une étude attentive de la radiographie eut permis d'éviter l'erreur de diagnostic.

Résultats de 102 staphylorraphies. — M. *Veau* communique les résultats obtenus par lui dans une nouvelle série de 102 staphylorraphies, faites par le procédé qu'il a conseillé : suture de la muqueuse nasale, suture des muscles et suture de la muqueuse buccale. Sur ces 102 cas, il y a eu 90 guérisons, 2 morts, 9 échecs partiels, 1 opéré a été perdu de vue. Sur ces 9 échecs, 2 ont un orifice qui pourra être aisément obturé par un appareil dentaire, 3 ont refusé une intervention nouvelle, 3 consentiront à être opérés à nouveau.

Bien souvent, ce qui prouve que la technique est encore imparfaite, on est obligé de faire deux ou plusieurs opérations.

D'une façon générale cependant, avec la technique qu'il préconise, les résultats obtenus sont sensiblement égaux à ceux qu'obtiennent les meilleurs opérateurs et peuvent se comparer à ceux qu'obtient M. Broca.

Avec la suture musculaire les voiles restent des voiles mobiles et c'est là, de l'avis de M. Veau, un, résultat très important.

Malgré, tout les résultats sont encore loin d'être parfaits puisque avec 4 opérés 1 nécessite plusieurs opérations ou donne un échec. La réunion complète par première intention est assez rare ; il reste souvent un trou qui bien souvent se ferme graduellement sous l'influence de cautérisations répétées.

La division simple du voile donne des résultats relativement satisfaisants avec le procédé de M. V. puisque sur 10 cas il y a eu 10 succès.

La division du voile et de la voute n'a donné que 60 % de succès avec une seule opération, encore y a-t-il eu 34 % qui ont eu des trous temporaires.

Quand la fente dépasse le milieu de la voûte on a beaucoup de peine à fermer et M. V. n'a pas encore trouvé de procédé qui le satisfasse complètement.

Pour le bec-de-lièvre unilatéral il obtient 73 % de succès. Le bilatéral grave lui a seulement donné 42 % de succès avec une seule opération alors que M. Broca a eu dans ces cas 69,6 % de succès.

A propos de la colectomie — M. *Duval* estime que le cancer du côlon transverse est un cancer particulièrement grave, sans doute parce que la colectomie transverse pour cancer a encore une technique imprécise surtout pour ses deux tiers gauches. Par suite de l'adhérence de l'épiploon au côlon, les lymphatiques épiploïques sont souvent envahis aussi. En outre il est difficile d'extirper les ganglions préaortiques, et rétropancréatiques où aboutissent les lymphatiques du transverse. M. Basset a tenté cette exérèse sur mes conseils mais a dû y renoncer, peut-être faute d'une technique précise.

L'extériorisation sans section immédiate comme l'a conseillée M. A. Schwartz paraît bien, comme il l'a dit, être plus bénigne mais elle a un grand inconvénient, c'est de ne pas permettre l'ablation des ganglions. Néanmoins elle doit être sans hésitation employée chez les malades gras et peu résistants. Dans les bons cas M. D. préférerait la résection immédiate à la Mikulicz. Pour les côlons droit et gauche, l'hémicolectomie est encore préférable.

M. *Cunéo* fait remarquer qu'il y a deux relais ganglionnaires : Le premier est accessible et facile à enlever. Le second formé par les ganglions qui entourent l'origine des mésentériques supérieures sur l'aorte, est d'accès bien difficile. Enlever ces ganglions constitue évidemment une grosse entreprise chirurgicale.

L'extériorisation, comme la conseille M. Schwartz, n'enlève que mal les ganglions du premier relai. Mais d'autre part bien souvent, dans ces cancers, les ganglions ne sont envahis qu'assez tardivement et les examens les montrent indemnes.

Il est notable que la colectomie idéale avec abouchement immédiat et rétablissement de la continuité intestinale deviendra un jour la technique courante. Pour les sutures, M. C. insiste sur l'importance d'un dégraissement soigneux de l'intestin, les petits lobules graisseux causant souvent les échecs des sutures du gros intestin.

Fracture du col de l'omoplate. — M. *Sauvé* présente un malade atteint de fracture du col avec bascule du fragment et qui, traité seulement par des massages, a récupéré l'intégrité de ses mouvements.

Ch. Le Bral.

Séance du 9 avril 1924.

A propos de la chirurgie de la moelle. — M. *de Martel*, à l'occasion de la statistique d'opérations rachidiennes publiées dans une précédente séance par M. Leriche, fait remarquer qu'on ne doit pas considérer ces opérations comme des opérations médullaires. Il estime que la laminectomie simple et les opérations portant sur l'origine des nerfs rachidiens ne mettent pas la moelle en cause et sont des opérations bénignes. Il considère au contraire que les opérations pour tumeur de la moelle sont, suivant le siège et la hauteur de la tumeur, bénignes ou graves et qu'on ne saurait comparer la gravité d'une opération pour tumeur adhérente siégeant à la face antérieure de la moelle à la région cervicale ou dorsale supérieure à la gravité d'une tumeur reposant simplement sur la face postérieure du cône terminal. Il fait aussi remarquer que les petites statistiques n'ont aucune valeur et qu'il a opéré à la fille neuf tumeurs de la moelle avec neuf guérisons, ce qui fait du 100 % et que cependant quand il considère l'ensemble de ses résultats, sa mortalité est de 25 %.

M. *Robineau* estime qu'il faut différencier, au point de vue

© BIU Santé

de la gravité, les laminectomies simples de celles où il faut inciser la dure-mère et intervenir sur la moelle, elle-même. Mais dans les opérations sur la moelle il faut aussi considérer les cas où on intervient pour une affection qui est par elle-même mortelle. Ces malades peuvent mourir par suite des progrès de leur affection elle-même sans qu'il soit permis d'incriminer l'opération elle-même. Il faut évidemment mettre ces cas à part. Dans les radicotomies, la lenteur de l'opération est, et sur ce point il pense comme M. de Martel, un facteur essentiel. Il faut intervenir prudemment et avec une douceur extrême quand on touche aux racines. Sur 16 radicotomies il a eu 4 morts. Sur 11 cas de tumeur médullaire intradurale il a eu 1 décès opératoire. Mais dans ce cas la moelle était fortement comprimée et de la grosseur d'un cure-dents. Il ne considère pas, d'après ce qu'il a constaté, que ces interventions soient d'une extrême gravité.

M. de *Martel* insiste à nouveau sur l'importance du facteur : hauteur pour le pronostic des interventions sur la moelle.

Expériences sur l'action de la glace et des rayons ultra-violets dans l'évolution des péritonites. — M. L. *Bazy* rapporte des études de M. Chaton (Besançon) sur l'action expérimentale de la glace mise sur le ventre. Il a expérimenté sur des cobayes et a constaté que la température intra-abdominale s'abaissait rapidement quand on mettait de la glace sur le ventre. Mais au total le résultat de ses expériences ne paraît pas bien probant.

Il a également fait des expériences sur l'action stérilisante possible des rayons ultra-violets sur les microbes intrapéritonéaux. Il a étudié à cet égard sur le cobaye et le lapin : après arrosage du péritoine à l'aide de cultures microbiennes il soumettait l'animal aux rayons. Les résultats des 65 expériences n'ont pas été convaincants. L'action des rayons est incertaine et ils sont parfois nocifs.

Adénophlegmon rétrocœcolique. — M. *L. Bazy* rapporte un travail de M. Revel sur le cas d'un homme âgé de 50 ans opéré antérieurement en 1915 pour appendicite aiguë. Or, on avait trouvé l'appendice sain et en arrière de celui-ci, dans la fosse iliaque une tuméfaction qui fut considérée comme un sarcome et à laquelle il ne fut pas touché. Revue en 1922 par M. R., cet homme avait continué à souffrir et se trouvait dans un état très précaire. La cuisse était fléchie à 45° et il avait des douleurs sourdes et presque continues. Dans la profondeur à droite, une tuméfaction dure, douloureuse, irrégulière, descendait jusqu'à l'arcade crurale. M. R. pensa d'abord à une typhlite bacillaire puis à la possibilité d'un phlegmon rétro-colique. L'intervention montra que ce dernier diagnostic était exact.

Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. — M. *Delagénière* (du Mans) relate l'histoire d'un homme de 62 ans, adressé à l'hôpital du Mans pour occlusion intestinale. En soulevant un fardeau il avait été pris d'une douleur sus-ombilicale très brusque et d'une violence telle qu'il ne put gagner seul son lit. Une heure après ce début, des vomissements apparurent. A ce moment ventre souple mais voussure épigastrique nette. Il n'est amené à l'hôpital que le 4e jour et M. D. constate la voussure épigastrique en forme d'estomac déplacé à droite. Le reste du ventre est plat est souple. Le lavage d'estomac ne donne aucun résultat. On l'opère le jour même et on trouve sous le foie un amas d'anses immobilisées. M. D. pense alors à la possibilité d'un étranglement dans l'hiatus de Winslow. Il pénètre dans l'arrière-cavité en utilisant le décollement coloépiploïque et y trouve une anse très congestionnée serrée dans l'hiatus mais qu'il réussit à réduire peu à peu. Le malade fut d'abord très soulagé. Mais le 5e jour un souffle pulmonaire se montre et la mort survient le 8e jour alors que la plaie était déjà guérie.

La résection des côlons pour cancers (*suite*). — M. *Thierry* est absolument partisan de la résection en trois temps, avec extériorisation vraie, telle que la pratique et la conseille M. A. Schwartz. Il a pratiqué cette intervention, plus simplement encore que M. S. en agissant comme s'il voulait faire un anus iliaque. Il a opéré ainsi 15 malades avec 15 succès opératoires. Mais il a eu en revanche de grandes difficultés à rétablir le cours des matières et à ce point de vue les modifications techniques de M. Schwartz lui paraissent très intéressantes.

Elections. — Au cours de la séance précéeenle M. Sorrel a été élu membre titulaire de la Société.

Ont été élus au cours de la séance :

Membres associés de la Société : MM. Moynihan et Bland Sutton (Angleterre) ; M. Saxtorph (Danemark) ; M. Recasens y Girol (Espagne) ; MM. Mayo-William et Gilson (Etats-Unis) ; M. Bastianelli (Italie) ; M. Jonnesco (Roumanie). MM. Roux et de Quervain (Suisse) ; M. Lamas (Uruguay).

Membres correspondants etrangers : MM. Percy Sargent (de Londres) ; José Arcé (de Buenos-Aires), Bosh Arana (de Buenos-Aires) ; Verhoogen (de Bruxelles) ; Mayer (de Bruxelles) ; Lorthioir (de Bruxelles) ; Nabuco de Gouvea (de Rio de Janeiro) ; Alvez de Lima (de São Paulo) ; Mercier (de Montréal) ; Grondin (de Québec) ; Parisot (de Montréal) ; Simard (de Québec) ; Rovsing (de Copenhague).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 avril 1924.

Traitement de l'encéphalite épidémique par les injections intraveineuses de salicylate de soude. — MM. *Courcoux et Meignant*, à propos de la récente communication de MM. Rathery et Gournay, confirment les bons résultats obtenus par l'injection intraveineuse de salicyla e de soude dans l'encéphalite épidémique. Ce traitement a produit une amélioration extrêmement rapide chez une femme de 51 ans qui présentait une forme sérieuse. Par suite de certaines difficultés, la voie intra-veineuse ayant été abandonnée, les accidents reprirent, puis après quelques tâtonnements, on employa la voie intra-musculaire qui amena plus lentement une amélioration progressive qui s'est maintenue.

Un cas d'amaurose par intoxication oxycarbonée (à propos du procès-verbal). — M. *Lévy-Valensi* a montré à nouveau son malade à M. Rochon-Duvigneaud et Coutela qui déclarent que l'examen du fond de l'œil ne diffère pas de celui de nombreux sujets normaux. En somme, ce qui pour ces auteurs est physiologique est pathologique pour M. Velter.

M. Lévy-Valensi, ne pouvant se prononcer entre ces deux opinions opposées, maintient son diagnostic même dans l'hypothèse d'un fond de l'œil normal non incompatible avec une vision troublée (névrite rétro-bulbaire).

Son opinion est basée sur la diminution, contrôlée par tous, du reflexe photo-moteur, l'absence de tout motif de simulation et la reconnaissance par M. Rochon-Duvignaud lui-même d'une amblyopie réelle, dont le degré seul est en discussion. L'étiologie oxycarbonée ne lui paraît pas douteuse.

Sur un cas de myélome (myélocytome) du cou-de-pied droit avec métastases multiples. — MM. *G. Caussade*, *Moulonguet-Doléris* et *J. Surmont* rapportent le cas d'un myélome du cou-de-pied.

La tumeur en question se développa chez un homme de 28 ans à la suite d'un traumatisme comme le fait est souvent consigné. L'évolution se fit en moins d'un an avec : 1° atteinte du tibia du péroné, de l'astragale, au milieu de crises très douloureuses (sensation de contraction et de broiement) rebelles à tout hypnotique et ayant nécessité la désarticulation du genou droit ; 2° avec de la fièvre ; 3° avec cachexie rapide accompagnée de métastases pulmonaires, médiastinales et des méninges médullaires. Sans insister sur les difficultés du diagnostic au début, où la tumeur attirait plus particulièrement l'attention (synovite rhumatismale, tuberculose, syphilis), les auteurs signalent spécialement les difficultés du diagnostic, même d'après les ombres radiographiques.

Celles-ci sont différentes des sarcomes osseux (central, périostique, parostéal) et se rapprochent davantage de celles de certaines ostéomyélites et de certaines ostéites chroniques, même spécifiques (aspect d'un lavis mal fait où se distinguent les traces du pinceau). Seul un distasis tibio-péronier inférieur pouvait faire soupçonner une tumeur osseuse.

Il y aurait donc intérêt à l'avenir à fixer, dans des cas semblables, l'aspect radiographique, après une étude biologique sérieuse. L'histologie de la tumeur et des lésions osseuses (infil-

© BIU Santé

tration presque totale des canaux de Havers expliquant les images radiographiques constatées) a montré l'identité des lésions et leur origine osseuse (type unique de cellules, cellules tassées les unes contre les autres, petites, rondes, sans aucune formation fibrillaire, ayant un noyau central volumineux, à réseau chromatique fin à nucléole inconstant, à protoplasme basophile) — tous ces caractères étant ceux des ingeloblastes, mais un peu typiques — comme toutes cellules néoplasiques.)

Un cas de diabète rénal. — M. ***Marcel Labbé*** rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans, dont le père était glycosurique, et qui présentait après une angine, de l'albuminurie et une glycosurie atteignant 56 gr. par jour. La glycémie était normale, le régime alimentaire n'avait que peu d'influence sur la glycosurie. A la suite d'une deuxième angine, elle présenta 79 gr. de sucre par jour. A ce moment, la glycémie à jeun était de 0.84 et l'épreuve de l'hyperglycémie restait aux environs de 0.70. Etant donnée l'absence de signes d'hyperglycémie, il s'agit d'un cas de diabète rénal. Il s'agit en général dans ces cas de diabète familial, ne s'accompagnant jamais d'azotémie. Dans certains cas, il existe en plus quelques troubles hépatiques. Le pronostic est en général favorable.

M. ***Dufour***, qui a observé également la malade de M. Labbé, a constaté en dehors de la glycosurie, un état général mauvais, un amaigrissement accentué et rapide, de l'acétonurie. De plus le régime et le traitement spécifique, d'ailleurs insuffisant, n'ont pas été sans action ; la glycosurie ayant tombé sous leur influence à 24 gr. Il croit devoir faire des réserves sur le pronostic.

M. ***Marcel Labbé***. — Le pronostic pour les malades observés jusqu'ici a été satisfaisant. La malade dont il est question vient de faire une dothienentérie grave parfaitement supportée.

Les lésions artérielles des diabétiques décelées par la radiographie. — MM. ***Marcel Labbé, Delherm et Lenfantin*** rapportent l'observation d'un diabétique, chez lequel la radiographie a permis de constater des lésions artérielles. Les artères se présentent sous forme d'une ombre à double contours et dont on peut suivre le trajet anatomique. L'épaississement artériel est lié à l'hypercholestérinémie comme l'a montré Heitz. Les auteurs insistent sur le fait que les données radiographiques précèdent les modifications oscillométriques, la claudication intermittente et la gangrène. La radiographie permet donc un diagnostic précoce des lésions artérielles.

Œdèmes angio-neurotiques avec association de contractures tétaniques et de rhumatisme déformant. — M. ***Et. May*** rapporte l'observation d'un malade présentant des poussées d'œdème localisées avec contractures tétaniques des membres supérieurs. Il s'agit d'une hypothyroïdienne qui au moment de la ménopause a présenté des déformations articulaires des 4e et 5e doigts de chaque main. Bien qu'il n'y ait aucun signe clinique de spécificité héréditaire ou acquise, le Wassermann était positif. Le traitement thyro-ovarien a très amélioré la malade. Jusqu'à présent le traitement spécifique est resté sans action notable sur le rhumatisme déformant.

L'asynergie fonctionnelle dans les petites insuffisances hépatiques. — MM. ***Noël Fiessinger*** et ***Henry Walter*** ont cherché à fixer l'évolution des signes d'insuffisance fonctionnelle du foie au cours des petites insuffisances hépatiques, telles que les ictères bénins, les cirrhoses à évolution lente, et telles que les pneumonies, fièvres typhoïdes et tuberculoses cavitaires.

En explorant à la fois la fonction uréogénique, la fonction glycopexique, la fonction pigmentaire et cholitique et la fonction hémocrasique dans ce qu'ils nomment un « instantané fonctionnel » ces auteurs mettent en relief différentes notions générales qui ne sont pas en accord avec les opinions classiques. L'atteinte fonctionnelle du foie réalise dans ces petites insuffisances, un tableau des plus variables et des plus mobiles. Toutes les fonctions peuvent être touchées, mais elles le sont toujours à des degrés différents. Certaines sont profondément modifiées, d'autres sont absolument intactes ; de telle sorte que le nombre et la profondeur des atteintes fonctionnelles réaliseront par leurs associations diverses des aspects extrêmement variés et tels qu'à chaque cas particulier correspond un état fonctionnel différent de la cellule hépatique.

La même maladie à la même époque de son évolution se présente chez des malades différents sous un aspect hépatique différent. La même maladie chez le même malade à des époques différentes de son évolution, montre un fonctionnement hépatique différent.

Ces constatations n'ont de valeur que pour les petites insuffisances hépatiques, c'est-à-dire dans les faits où l'altération fonctionnelle n'est ni totale ni définitive.

Quelques essais d'autosérothérapie périodique de la fièvre de Malte. — MM. ***d'Œlnitz et Liotard*** ont traité 5 cas de mélitococcie au début des ondes fébriles par du sérum recueilli chez le malade durant la période athermique précédente.

Les auteurs ont obtenu dans deux cas une atténuation des symptômes, mais n'osent encore conclure sur la valeur de cette thérapeutique ni sur le mode d'action de l'auto-sérum.

Contribution à l'étude des pneumothorax thérapeutiques dans la tuberculose infantile. — MM. ***Armand-Delille, Duhamel et Marty*** ont continué pendant l'année 1923 à pratiquer des pneumothorax thérapeutiques chez les enfants tuberculeux de leur service Benjamin-Francklin à Debrousse.

Sur 262 cas de tuberculose ouverte, ils ont trouvé 37 cas de tuberculose unilatérale fournissant l'indication du traitement, mais à cause des adhérences dans 10 cas, l'insufflation n'a été effective que dans 27 cas ; dans trois de ceux-ci elle a dû être interrompue rapidement.

Sur les 24 cas traités, soit 9 % environ des cas de tuberculose ouverte, le succès a été complet dans 16 cas ; parmi ceux-ci 7 sont absolument satisfaisants, les malades n'ont plus de bacilles, n'ont plus de fièvre, plus de liquide, leur poids a régulièrement augmenté ; dans d'autres les résultats sont également satisfaisants, mais l'un des points ci-dessus est déficient. 8 seulement sont dans un état douteux, soit parce qu'ils n'ont pas augmenté de poids, soit parce qu'on craint une évolution tuberculeuse du côté opposé.

Sur 15 pneumothorax datant de l'année précédente, il y en a 5 en parfait état et 3 seulement sont décédés.

Les auteurs croient devoir avancer que chez l'enfant tuberculeux les bénéfices du pneumothorax artificiel sont tels que chaque fois que les indications en sont réalisées (unilatéralité des lésions parenchymateuses) le pneumothorax thérapeutique doit être tenté chez l'enfant.

Quelle portée la réaction de Wassermann doit-elle avoir dans la pratique médicale ? — M. ***Maurice Renaud*** conclut de l'étude critique des faits sérologiques que la réaction de Wassermann mesure de façon arbitraire et variable une propriété des sérums que rien ne lie spécifiquement et nécessairement à la syphilis. Il établit qu'elle est une réaction quantitative et non pas qualitative et que les expressions couramment employées de réaction positive et de réaction négative ne peuvent avoir de sens puisque la réaction n'a pas de seuil spécifique.

Le pouvoir de déviation en présence d'un antigène lipoïdique, dont la mesure est le propre de la réaction de Wassermann, ne peut être distingué du pouvoir de déviation spontané que possèdent plus ou moins tous les sérums et qui est généralement désigné sous le nom de pouvoir anti-complémentaire.

Rapprochant les uns des autres les faits souvent disparates et souvent contradictoires observés dans la pratique des réactions de déviation, M. Renaud les coordonne dans une théorie très générale en admettant que dans les cas où se produit une disparition de l'alexine libre, le mécanisme de cette disparition est le même : et qu'il s'agit toujours d'une absorption de l'alexine libre par les complexes colloïdaux dont la vitesse est seule variable, les antigènes se comportant comme des « catalyseurs ». La mesure du pouvoir hémolytique d'un sérum en présence ou en l'absence d'un antigène lipoïdique est celle d'une sorte de constante physiologique dont les fluctuations ne sont pas produites que par la syphilis et dont l'étude dépasse de beaucoup le cadre de cette maladie.

On ne saurait donc apporter trop de réflexion dans l'interprétation que des renseignements fournis par la fameuse réaction dont la valeur, en aucun cas ne peut être absolue.

Pour le diagnostic de syphilis, la réaction n'apporte que des probabilités de valeur tout empirique et d'ailleurs variable sui-

© BIU Santé

vant les cas et malheureusement très faible dans les cas de syphilis latente, c'est-à-dire justement dans les cas où on aimerait à la voir précise et sûre. M. Renaud suit pratiquement les trois règles suivantes pour l'interprétation des données de la réaction (les trois règles ayant de nombreuses exceptions).

1° Déviation spontanée faible avec déviation à l'antigène faible : sérum de propriétés normales, absence probable de toute syphilis, absence presque certaine d'une syphilis en évolution.

2° Déviation spontanée faible avec une déviation à l'antigène élevée : forte présomption d'une syphilis en évolution, avec lésions inflammatoires spécifiques.

3° Déviation spontanée forte, dépassée plus ou moins par la déviation à l'antigène : la syphilis est possible (cette éventualité est fréquente chez les syphilitiques anciens ou en cours de traitement), mais on ne peut pas dire probable (car cette éventualité s'observe très souvent en dehors de toute syphilis).

La réaction apporte ainsi dans 50 % des cas une forte présomption soit en faveur de l'existence d'accidents spécifiques, soit en faveur de l'absence de toute syphilis. Dans les autres cas, sa valeur diagnostique est des plus aléatoires et il est sage de n'en guère tenir compte.

Chez les malades en cours de traitement, il est certes intéressant de suivre l'évolution des modifications humorales, mais l'étude de celles-ci, si minutieuse soit-elle, ne saurait donner des directives sûres de traitement. Il est évidemment satisfaisant de noter un retour à la normale d'ailleurs assez rare, des propriétés du sérum, mais cela ne donne pas la preuve que la maladie soit absolument guérie et que tout tréponème soit à jamais détruit. D'autre part, certaines modifications humorales qui se traduisent par de fortes déviations spontanées sont généralement indélébiles et quand on les constate il faut se garder de conclure que le traitement spécifique doivent être poussé et indéfiniment continué. La réaction de Wassermann, par sa nature même ne peut servir de clef de voûte au traitement de la syphilis dont les vraies directives doivent être tirées de la pathologie générale et de l'observation clinique.

Après avoir minutieusement étudié et manié longuement la réaction, M. Renaud croit de son devoir de déclarer qu'à son avis, il vaudrait mieux se priver des renseignements qu'elle peut donner que de se faire son aveugle esclave ainsi que tant de praticiens ont actuellement tendance à le faire.

Séance du 11 avril 1924.

Oblitération de l'artère axillaire par béquilles. — MM. *Souques* et *Terris* présentent un malade atteint du côté gauche d'une oblitération artérielle (absence de pouls, de tension, et d'oscillation dans le domaine de l'artère radiale et humérale) due vraisemblablement à une compression par béquille ; ce malade atteint d'une paralysie infantile ne fait usage de béquille que du côté gauche depuis 45 ans. Absence de toute affection cardiaque. Pas de syphilis.

Encéphalite léthargique traitée par du virus-vaccin encéphalitique par voie intra-rachidienne. — MM. *Gilbert* et *Tzanck* présentent une malade qui au cours d'une encéphalite avec somnolence et myclonies a été traitée par du virus-vaccin de Levaditi avec amélioration au 3e jour de l'injection intra-rachidienne.

M. *Dufour* insiste, après MM. Gilbert et Tzanck, sur la reprise de l'encéphalite léthargique dans la région parisienne. Il a traité plusieurs cas par le virus-vaccin par voie intra-rachidienne et dans deux cas notamment, après 3 à 4 injections, les malades étaient améliorés. M. Dufour tient à signaler un cas de mort 48 heures après la 1re injection.

M. *Poincloux* expose les résultats obtenus avec le virus-vaccin et la raison de l'emploi de la voie intra-rachidienne.

M. *Marie* a traité un certain nombre d'encéphalites avec parkinson post-encéphalitique avec le virus-vaccin et considère que l'amélioration est d'autant meilleure que la réaction est plus vive après l'injection intra-rachidienne.

M. *Netter* pense que la voie intra-musculaire doit être préférée à la voie intra-rachidienne, celle-ci pouvant provoquer des accidents graves.

M. *Guillain* partage l'opinion de M. Netter, et insiste sur le fait que la ponction lombaire peut elle-même être nocive. Il s'agit en effet surtout de lésions vasculaires, et la ponction lombaire peut être le point de départ d'hémorragies secondaires.

Pyléphlébite à marche lente avec ascite à répétition s'accompagnant d'un souffle continu xiphoïdien. — M. *Akkil-Mouktar*.

Sclérose en plaques avec poussée évolutive ayant déterminé un syndrome de myélite aiguë ascendante. Etude anatomo clinique et recherches expérimentales. — MM. *Henri Claude* et *Th. Alajouanine* rapportent l'observation d'une jeune fille de 22 ans, atteinte de sclérose en plaques à symptomatologie classique chez laquelle apparurent progressivement, en un mois, les phénomènes suivants : monoplégie crurale droite avec abolition des réflexes tendineux et cutanés, anesthésie, atrophie rapide, escarres ; puis atteinte identique du membre inférieur gauche constituant une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens, anesthésie remontant jusqu'à D 10 ; puis, alors que les membres supérieurs, environ un mois après le début de ce syndrome myélitique ascendant, se prenaient à leur tour, apparition de l'automatisme des membres inférieurs avec attitude en flexion ; enfin terminaison par des phénomènes bulbaires.

L'examen anatomique a montré en plus des plaques de sclérose des lésions de myélite diffuse allant de la partie haute de la moelle cervicale à la région lombaire avec démyélinisation intense, dégénération cordonale, disparition des cylindres axes et enfin de grosses lésions d'infiltration péri-vasculaire.

Les auteurs insistent :

D'une part sur ce syndrome anatomo-clinique à type de myélite ascendante survenue au cours de l'évolution d'une sclérose en plaques, véritable poussée aiguë d'extrême intensité ; sur l'étendue des lésions dégénératives et inflammatoires ; sur l'intérêt enfin de telles constatations pour la compréhension de la nature évolutive de la sclérose en plaques.

D'autre part sur le fait que malgré le caractère aigu de ce cas, l'inoculation de fragments médullaires à des animaux est restée sans résultat.

Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte. — M. *Julien Huber* apporte l'observation d'une malade de 62 ans chez qui, après un zona, évolua une tuberculose à localisations cutanées et osseuses multiples et exclusives de toute manifestation viscérale. La faible leucocytose et l'inoculation du pus d'un abcès permirent le diagnostic éliminant les présomptions de septicémie, d'endocardite aiguë lente, ou de syphilis cutanée fébrile.

Artérite syphilitique des membres inférieurs. — MM. *Ch. Achard* et *J. Thiers* présentent l'observation d'un homme de 65 ans atteint d'une artérite syphilitique qui avait donné lieu, à gauche, à une gangrène limitée du 4e orteil et, à droite, à un anévrysme poplité. Il n'y avait pas de battements artériels à gauche, à la pédieuse ni à la tibiale postérieure et pas d'oscillations. L'examen radiographique a montré des calcifications échelonnées sur la fémorale et les tibiales à gauche.

La jambe gauche était le siège d'une amyotrophie rapidement développée que les auteurs rapportent à la névrite dégénérative produite par les altérations des vaisseaux nourriciers des nerfs (névrite d'origine vasculaire).

Syringomyélie traitée par les rayons X. Résultats observés 20 ans après le premier traitement. — MM. *P. Ménétrier* et *Derville* rapportent le cas d'un malade atteint de syringomyélie, soumis il y a 20 ans dans leur service au traitement radiothérapique, et assez amélioré par cette thérapeutique pour avoir pu mener une vie active jusqu'à ces derniers mois.

Ils concluent de ce cas à l'action efficace des rayons X sur la syringomyélie, mais n'en tirent aucune induction quant à la nature réelle de l'affection.

René Giroux.

© BIU Santé

MÉDECINE SOCIALE

Le moyen de refaire une famille aux éprouvés de la guerre « isolés »

A. RODIET,

Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard

Comment a-t-on pansé les plaies de la guerre depuis 1918 ? On a fondé des hôpitaux pour les grands mutilés, des asiles et des hospices pour les vieillards, des orphelinats pour les enfants privés de leurs soutiens et des œuvres d'assistance et de placement pour les veuves qui n'ont pas voulu se remarier. Si, grâce à la loi des pensions, aux fondations d'assistance sociale et à la bienfaisance publique et privée, on a ainsi assuré les besoins matériels de ceux qui restent, parmi les éprouvés de la guerre, les plus intéressants, parce que leur foyer a été détruit pendant la période 1914-1918, ils ont encore des besoins moraux et des aspirations qui ne sont pas satisfaits. Sans doute, il est des hommes insociables et des solitaires par tempérament, mais l'homme est avant tout un animal sociable, et surtout, lorsqu'il est tout enfant ou lorsqu'il est à la fin de sa vie, il a besoin d'affection et d'un foyer. Or, qu'avons-nous offert jusqu'à présent à ces grands mutilés, incapables de se suffire, à eux mêmes, à ces vieillards déjà veufs et isolés avant la guerre, et qui ont perdu leur fils unique dans la bagarre, et aux enfants des morts ? Une pension et l'hospice ou l'orphelinat, c'est à dire un règlement, une discipline et la vie en commun.

Il y a mieux à faire, et nous pensons qu'avec les débris des familles dispersées par la guerre, on peut, en même temps que se reconstruisent les villages détruits par l'ennemi, rebâtir des foyers. La méthode du placement familial des enfants et des infirmes mentaux calmes et sociables du département de la Seine a fait ses preuves depuis 1892 dans les départements du Cher et de l'Allier. — Ainsi que nous l'avons déjà proposé en 1920 (1), cette solution est applicable aux vieillards isolés, à tous les chétifs et aux malingres parmi les orphelins de la guerre et aux grands mutilés, incapables de se suffire à eux mêmes.

Si une de ces veuves, et elles sont encore nombreuses qui sont restées fidèles au souvenir du mort, voulait accepter d'être le noyau de la nouvelle famille, dans chaque village qui se rebâtit, des maisons seraient affectées à des groupements réunissant, les isolés de ce village, parlant la même langue : veuve avec orphelins, mutilé trop gravement atteint pour espérer se remettre au travail, vieillard sans foyer. Les pensions seraient mises en commun et chacun des éléments de la famille reconstituée travaillerait selon ses moyens et ses forces.

Ce n'est là qu'une idée, mais elle a reçu déjà un commencement d'exécution chez nos amis les Belges, qui ont édifié sur ce plan le village de Pontvillain.

A l'égard de tous les éprouvés de la guerre qui, depuis 1918, n'ont pas trouvé un toit et des parents pour les recueillir et qui sont encore dispersés dans les établissements d'assistance de nos grandes villes, nous avons des devoirs qui ne sont pas seulement des devoirs d'assistance. Lorsqu'ils le voudront et qu'ils souffriront d'être isolés, il convient de leur faciliter le retour à la terre et pour cela : 1° de les réunir selon leurs goûts, leurs habitudes de terroir, leur patois local et leur situation sociale avant la guerre, 2° après les avoir groupés de les soigner, s'ils ont encore besoin d'aide physique, 3° de leur procurer du travail selon leurs forces et leurs aptitudes, 4° de les aider à se reconstituer une famille, pendant la durée de leur vie.

(1) A. RODIET. A Marie, P. FLEUROT. — Comment secourir les éprouvés de la guerre. Journal *L'Assistance*, 1920.

Tuberculose - Neurasthénie - Anémie

TONIKEINE

(SERUM NEURO-TONIQUE)

chaque ampoule contient : EAU de MER DILUÉE 5 c. c. — Glycéroph. de Soude. 0 gr. 20 — Cacodylate de Soude.. 0 gr. 05 — Sulf. de Strychnine... 1 millig. — une injection tous les 2 jours indolore

Laboratoires CHEVRETIN-LEMATTE, 5, rue Ballu, Paris.

L. LEMATTE, DOCTEUR EN PHARMACIE, Successeur

Reg. du Com. Seine N° 3756.

SYPHILITHÉRAPIE =

On mélange à une solution d'arséno-benzol des tréponèmes vivants : Ils vivent. Mais si l'on ajoute au mélange une trace d'EXTRAIT de FOIE, les tréponèmes sont foudroyés.

La Boîte 6 fr. 75

Méthode nouvelle, simple, sûre et discrète : VOIE RECTALE

pour le TRAITEMENT de la SYPHILIS et de ses CONSÉQUENCES

Hg vif Division absolue

Suppargyres du Dr Faucher.

Syphilis récente ou ancienne, acquise ou héréditaire, douteuse ou ignorée, grave ou bénigne, accidents classiques ou spéciaux

Hg comme 606 ou similaires doit être repris et transformé par le foie pour devenir un poison du tréponème. Donc rien ne remplace Hg, rien ne vaut la voie rectale pour l'absorption sûre et sans fatigue de Hg puisque toutes les Veines de l Intestin vont à la Veine porte et que l'action du foie est nécessaire pour rendre le traitement actif (LEVADITI)

SUPPARGYRES DU Dr FAUCHER (Ancien Laboratoire FAUCHER 34, Boulevard de Clichy PARIS)

Peuvent être employés à tous les âges comme traitement principal ou comme adjuvant

Tolérance absolue

Pas de gingivite - Pas de gastrite

Pas d'étiquette ou signe extérieur

R. C. Seine 169.672

© BIU Santé

NOUVELLES

Art. 24. — Un délai de vingt jours, à dater de l'insertion au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

A l'expiration du délai réglementaire, le Conseil de la Faculté, après avoir consulté, au besoin, les personnalités scientifiques compétentes, présente un nom.

Art. 25. — Le dossier de la présentation de la Faculté, avec le rapport d'un membre du Conseil et, éventuellement, l'avis des personnalités consultées, sont transmis au ministre.

Art. 26. — La présentation de la Faculté est soumise à la Commission compétente du Comité consultatif de l'Enseignement public qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres noms inscrits sur la liste d'aptitude.

La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 13 mars 1924.

Dispositions transitoires. — Art. 27. — Par exception, la première session pour la première épreuve après la publication du présent arrêté pourra être ouverte à un autre moment de l'année qu'à la date fixée par l'article 2, après avis de la Commission compétente du Comité consultatif de l'Enseignement public. (*Journ. Off.*, 6 avril 1924.)

Ministère du travail et de l'hygiène. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé de Leymé (Lot), faisant fonction d'asile public.

Amphithéâtre d'anatomie. M. le Professeur Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques. — *Avis* : Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 12 mai 1924, à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Ministère de l'Hygiène. — Un décret règle le fonctionnement du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de l'Hygiène. Le personnel temporaire placé sous l'autorité d'un inspecteur général des services administratifs comprend un médecin adjoint au chef de service. Ce médecin touchera une indemnité annuelle allant de 18.000 à 22.000 par augmentations successives de 2.000 fr. (*J. O.*, 28 mars 1924.)

Amphithéâtre d'Anatomie. — M. le professeur Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques. — *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Flavien Bonnet, Paul Truffert, Henri P. Chatellier, Winter, commencera le 5 mai 1924, à 2 heures et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

BIBLIOGRAPHIE

Epitres des hommes obscurs du chevalier Ulric von Hutten ; traduites par Laurent Tailhade. 1 vol. de la collection « Les textes » avec 3 hors-texte reproduits du XVIe siècle et un fac-similie du manuscrit. Prix : 7 fr. 50. La Connaissance, 9, Galerie de la Madeleine, Paris.

L'auteur de ce texte qui attisa les guerres religieuses du XVIe siècle intéresse le médecin à plus d'un titre. Il est traduit pour la seconde fois avec toute la saveur, la verdeur et la science du grand humaniste à qui l'on doit la traduction du *Satyricon*.

Revue des cours et des conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 3 fr. Boivin, éditeur, 3, Rue Palatine, Paris. Sommaire du 31 mars 1924 :

G. Ascoli : Voltaire. — P. Jourda : Stendhal en Italie. — A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (II). —

(*Voir la suite page* 348.)

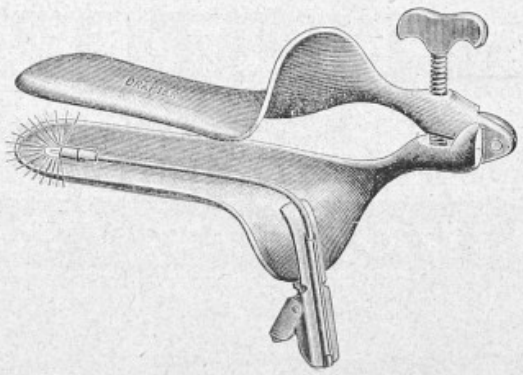
ESTOMAC
DYSPEPSIES — GASTRALGIES
HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS GASTRIQUES
MAGNÉSIE BISMURÉE
(Marque Déposée)
RÉGULATEUR NORMAL DES FONCTIONS DIGESTIVES
Echantillons gratuits à Messieurs les Médecins
Préparée par :
A. W. B. SCOTT, Pharmacien-Droguiste
R. C. Seine : 113.911. *38, rue du Mont-Thabor, PARIS*

CESSIONS DE
CLIENTÈLES MÉDICALES
Docteur GUILLEMONAT, Licencié en droit, Directeur.
Assurance gratuite de la RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE des REMPLAÇANTS
Service gratuit de REMPLACEMENTS
CABINET GALLET (38e ANNÉE)
47, Boul[d] St-Michel, PARIS. *Tél. GOBELINS* 24.81
R.C. Seine 244.461



R. C. Seine : 208.041

Dispositif éclairant stérilisable
S'ADAPTANT IMMÉDIATEMENT
sur tous les speculums
DRAPIER INSTRUMENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX
41, rue de Rivoli, Paris 1er



NOTICE SUR DEMANDE

© BIU Santé

REVUE GÉNÉRALE

L'oscillométrie en obstétrique
(Applications pratiques)

Par **Paul BALARD**,
Accoucheur des Hôpitaux de Bordeaux.

Le concept physiologique s'est, en médecine, progressivement substitué aux données anatomiques. Aussi, l'accoucheur qu'il soit purement clinicien ou homme de laboratoire, recherche actuellement non plus la lésion organique, constatation fort souvent stérile, mais le trouble fonctionnel, source d'éléments pronostiques et d'indications thérapeutiques.

Pour donner des résultats, une telle exploration fonctionnelle doit être basée sur une instrumentation parfaitement adéquate au but poursuivi, et procéder de directives physiologiques exactes et fécondes.

C'est ainsi que, en obstétrique comme en médecine, l'exploration de la tension artérielle n'a véritablement permis d'apprécier la valeur fonctionnelle du système cardio-vasculaire, que lorsque nous avons eu en mains l'oscillomètre de Pachon, et lorsque, déplaçant le concept sphygmomanométrique, Pachon a établi la véritable signification spécifique de *la minima* et en a fait « la base même de toute classification des états artériels » (1).

Aussi, lorsque nous voulûmes faire une étude générale sur la *Tension artérielle en Obstétrique*, c'est à l'oscillométrie que nous eûmes recours (2) et il n'est pas sans intérêt de rappeler ici les raisons qui imposèrent l'oscillométrie à notre choix.

Cette méthode en effet nous renseigne *à la fois* sur les valeurs minimum et maximum de la tension artérielle.

En outre, comme l'ont montré Pachon et ses élèves, elle nous fournit ces deux éléments avec une *exactitude rigoureuse* à laquelle aucune autre méthode ne peut prétendre aussi complètement (3).

Ces renseignements, elle nous les donne avec une *facilité extrême* ; l'oscillomètre étant d'un maniement simple et commode, en un mot *parfaitement clinique*.

Elle nous fournit enfin, non seulement des données sphygmomanométriques, mais aussi des *données oscillométriques propres*.

C'est qu'en effet, *telle que l'a créé l'oscillomètre*, l'oscillométrie est *plus qu'une méthode sphygmomanométrique*. En plus des valeurs minimum et maximum de la tension artérielle, elle nous fournit des données qui lui appartiennent en propre et qui en font, en réalité, une méthode spécifique d'exploration fonctionnelle cardio-vasculaire.

Grâce à elle, nous possédons un élément relatif à l'exploration générale des artères constitué par l'*Indice oscillométrique* (Pachon) qui est représenté par l'oscillation maximale observée au cours de l'exploration faite à l'oscillomètre. Chaque observation peut être objectivée en outre par un graphique propre, ou *Courbe oscillométrique* traduisant l'amplitude des oscillations aux divers moments de l'exploration oscillométrique (Billard, Delaunay, Barré, etc.).

L'étude méthodique de l'indice, dont les lois ont été formulées par Pachon (1), permet, selon les circonstances, de juger, soit directement le pouls, soit encore la valeur de l'impulsion cardiaque, soit enfin le degré de la perméabilité organique, ou de la tonicité artérielle, comme aussi des réactions vasomotrices.

C'est pourquoi l'oscillométrie a pris désormais place en médecine parmi les moyens courants d'exploration.

Mais, en outre, c'est principalement de l'oscillométrie et uniquement de l'oscillomètre que l'obstétrique est redevable de nombreuses données originales que nous allons exposer maintenant, tant en ce qui concerne la femme pendant la puerpéralité que chez le nouveau-né. L'oscillomètre *seul*, en effet, grâce à sa sensibilité constante maximale a permis l'exploration systématique du pouls et de la tension artérielle du nouveau-né.

Dans ce travail qui a pour but d'exposer les applications pratiques de l'oscillométrie en obstétrique, nous laisserons volontairement de côté toute la partie se rapportant à la puerpéralité normale. Les constatations de cet ordre, quoique fort intéressantes pour connaître la physiologie normale de la femme enceinte, sont d'une application pratique moins directe pour l'accoucheur. C'est donc à peu près exclusivement des troubles pathologiques de la puerpéralité envisagés du point de vue oscillométrique que nous nous occuperons ici.

Troubles pathologiques de la gestation.

VOMISSEMENTS GRAVIDO-TOXIQUES.

Nous n'avons en vue ici que le vomissement « sous condition de grossesse » celui qui est vraiment « le cri d'alarme de de l'organisme qui commence à être intoxiqué (Pinard) et, sans préjuger en rien de sa cause initiale, l'oscillométrie va nous prouver que vis-à-vis de cette intoxication l'organisme se comporte au début de la grossesse comme il le fait à la fin vis-à-vis du poison éclamptique.

Ce n'était point là l'avis de Fieux. Dans son rapport sur *la pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles*, il avait écrit (2) : « Je crois que nous pouvons hardiment affirmer que la toxémie du début n'est pas la toxémie de la fin. La toxémie des premiers mois est, avant tout, émétisante, celle de la fin l'est rarement. Les femmes qui vomissent au début de leur grossesse maigrissent et *présentent toutes de l'hypotension*, celles qui marchent vers l'état éclamptique s'infiltrent et *présentent toutes de l'hypertension*. »

C'est, qu'en effet, depuis les leçons de Paul Dubois on s'était plus occupé dans les vomissements incoercibles de l'étude de la fréquence du pouls que des modifications de la tension artérielle. Cependant quelques recherches sphygmomanométriques furent faites d'une façon isolée par les cliniciens. A cette époque, elles pouvaient être seulement pratiquées du point de vue de la maxima que seul, le Potain et le Riva-Rocci permettaient d'apprécier. Tous les auteurs constatèrent dans les vomissements gravido-toxiques une tension maxima basse qu'ils opposèrent nettement à l'hypertension que Vaquez et Chirié avaient décrite dans l'éclampsie. De là, cette dualité de toxémie gravidique se manifestant de façon si différente sur l'organisme ainsi que Fieux avait tenu à le mettre en évidence.

Bien différentes au contraire seront les constatations des auteurs qui, appliquant la conception de Pachon à la classification des états artériels, s'efforceront de préciser la valeur de la *minima* dans les vomissements gravido-toxiques. Les

(1) V. PACHON. — Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie. La pression minima considérée comme base des données sphygmomanométriques. *Livre jubilaire du* Pr Ch. RICHET, juillet 1912, Paris, Maretheux. — La pression minima étalon sygmomanométrique. *Presse Médicale*, 22 mars 1913.

(2) P. BALARD. — Les applications obstétricales de l'oscillométrie. *Journal médical français*, septembre 1919. — La tension artérielle en Obstétrique. Mémoire inédit honoré par la Société de Médecine et de Chirurgie de Bord aux du prix J an DUBREUILH, 1921

(3) V. PACHON et R. FABRE. — Sur le critère de la pression minima dans la méthode oscillométrique. *C. R. Soc. de biol.*, 14 mai 1921. — R. FABRE. — De la valeur comparée des méthodes palpatoire, auscultatoire et de l'oscillométrie pour la détermination de la tension artérielle maximum. *Thèse Bordeaux* 1920-1921. — ASTIER. — Les données sphygmomanométriques de l'oscillométrie, *Thèse Bordeaux* 1921-1922.

(1) V. PACHON. — L'Oscillométrie. Sa spécificité, son champ d'information. *Journal médical français*, septembre 1919.

(2) FIEUX. — Congrès National de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Toulouse, 1910. *In Annales de Gynecologie et d'Obstétrique*, 1910, page 753.

© BIU Santé

observations de Pellissier (1) de Dantin (2) et les nôtres (3) sont typiques à cet égard.

Etudions, en effet, la courbe évolutive des valeurs oscillométriques dans une observation de vomissements gravido-toxiques, dont nous résumons les principaux détails dans le graphique de la figure. 1.

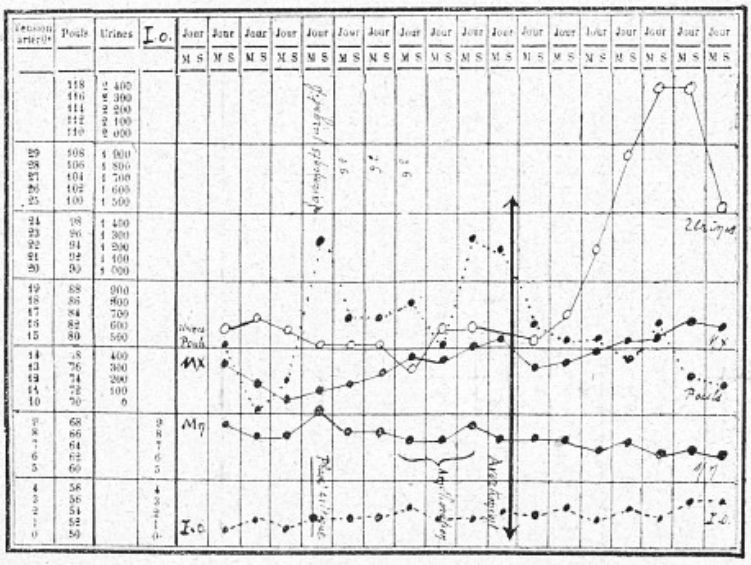


FIG. 1. — Courbes évolutives des valeurs oscillométriques et de celles concomitantes du pouls et des urines dans un cas de vomissements gravido-toxiques.

Dans cette observation la phase critique s'est déroulée le quatrième jour (subictère, pouls accéléré, Mx 12, Mn 10, Pv. 2 Io 0,5). A partir de ce jour, en plus de la médication instituée : hémostyl et sérum sous-cutané, on administre un lavement purgatif tous les jours.

Est-ce à cette superpurgation qu'il faut attribuer la guérison ou simplement à la mort de l'embryon ? Quoi qu'il en soit, depuis lors, régulièrement, *la Maxima* se mit à croître et la *Minima* à s'abaisser, tandis que l'*Indice oscillométrique* et la *Pression variable* s'élevaient au fur et à mesure que la malade renaisssait à la vie.

En fait, l'élévation relative de la *minima* au cours des vomissements gravido-toxiques témoigne du degré d'intoxication et du bloquage rénal. L'abaissement de la *maxima* et de l'*indice* est fonction de l'inanition et de la défaillance du myocarde.

Comme on peut s'en rendre compte sur le graphique 1, ce bloquage du rein dont témoignent l'élévation de *Mn* et la diminution de *Pv* est rendu encore plus manifeste par l'importante diurèse qui survient habituellement après l'avortement ou au cours de la guérison ; et cette diurèse est en tous points comparable à celle qui survient dans la convalescence de l'éclampsie.

Cette élévation de la *minima* devant l'intoxication gravidique autorise donc l'assertion que nous avons émise tout à l'heure : sans préjuger de la cause de la toxémie du début de la grossesse, l'organisme se comporte vis-à-vis d'elle comme il le fait à la fin. Sans la déchéance progressive dont est frappée l'économie par suite de l'inanition (dont rend compte l'abaissement de la *Mx*) l'effet des deux toxémies serait en tous points comparable ; il n'est donc pas possible de faire de l'éclampsie une affection hypertensive et des vomissements incoercibles une toxémie d'hypotension (1).

Aussi, à s'en tenir à la médication purement symptomatique puisque, aussi bien, nous ignorons encore la cause spécifique de ces vomissements, nous croyons que l'étude des variations de la tension artérielle met bien en évidence la double nécessité de toni-cardiaques capables de ramener la *maxima* à son taux normal et d'une médication susceptible de désintoxiquer l'organisme en favorisant l'élimination par les divers émonctoires.

La caféine et la théobromine, par leur double action sur le cœur et le rein, nous paraissent indiquées à cet égard. Les injections de sérum salé ou sucré, et par dessus tous les grands lavages intestinaux et la *superpurgation* de Bonnaire nous paraissent les compléments indiqués de tout essai thérapeutique spécifique, que devra également renforcer l'isolement de la malade et la psycho-thérapie si fréquemment utile en pareil cas.

L'étude des variations de la tension artérielle permettra donc de suivre plus exactement l'amélioration due à la thérapeutique instituée ; ou, tout au contraire, le fléchissement de plus en plus marqué du myocarde et l'accentuation du bloquage rénal fourniront à l'accoucheur un élément de plus pour apprécier le moment opportun de l'interruption de la grossesse.

***

ALBUMINURIE GRAVIDIQUE ET ÉCLAMPSIE (2).

Toute intoxication de la fin de la *grossesse*, qu'elle se traduise ou non par de l'albuminurie entraîne, avec elle une forte élévation de *Mx* et de *Mn* dont les valeurs restent sensiblement parallèles. Il se produit en outre une augmentation de la *Pression variable* et de l'*Indice oscillométrique*.

Mais cette valeur de la *Pression variable*, bien que supérieure à la normale (voir graphique 2) ne paraît pas en général suffisante pour assurer longtemps l'équilibre circulatoire chez des sujets présentant une *Minima* aussi élevée. En dehors de la période du travail en effet, la *Pression variable* n'est en général chez ces malades que de 5 centimètres Hg et parfois seulement de 4 et de 3 centimètres Hg. chiffres que l'on a coutume d'observer en rapport avec une *Minima* normale. Cette constatation montre bien que nous avons affaire à une toxémie qui entraîne une élévation particulièrement importante de la *minima* et au cours de laquelle, surtout dans l'éclampsie, le cœur atteint même la limite de son effort.

Ces faits sont encore plus apparents dans le cas où l'éclampsie était précédée d'un état rénal antérieur. Chez ces malades, au moment de la guérison, nous noterons en même temps une diminution de la *Maxima* et de la *Minima*, une élévation de la *Pression variable*, justement due à une baisse plus forte de la *minima* que de la pression systolique.

Au cours du *travail* (figure 2) surtout chez les éclamptiques, il se produit par à-coups au moment des crises, une hausse considérable de la *Maxima*, véritables coups de bélier qui peuvent avoir de funestes retentissements sur les organes en particulier sur le cerveau en déterminant des hémorragies Cette élévation de la *Maxima*, qu'il faut cependant combattre à cause de ses dangers immédiats, constitue un indice de la réaction du myocarde qui cherche à s'adapter et qui lutte contre l'élévation croissante de la pression diastolique.

Aussi, *à ce point de vue*, l'élévation de la *maxima* constitue-t-elle un élément de pronostic assez favorable.

Tout au contraire, à diverses reprises, il nous a été possible de prévoir l'issue fatale de l'éclampsie et l'imminence du dénouement, soit en constatant lors du premier examen une

(1) PELLISSIER. — Recherches sur la tension artérielle et la viscosité du sang total dans un cas de vomissements incoercibles. Soc, Obst. et Gyn., Paris, 9 juin 1913.

(2) DANTIN. — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques. *Thèse de Bordeaux*, 1912-1913.

(3) FAUGÈRE et BALARD. — De l'avortement spontané au cours des vomissements de la grossesse traités par la sérothérapie. Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux, 24 mars 1914, *in Bulletin Soc. Obst. et Gyn. de Paris* mai 1914.

(1) Nous avons volontairement laissé de côté les rapports des vomissements de la gestation avec l'insuffisance surrénale, nous réservant de développer ultérieurement nos idées sur ce point, avec toute l'ampleur désirable.

(2) P. BALARD. — Les données oscillométriques dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1921.

© BIU Santé

valeur relativement très faible de la *Pression variable*, soit en voyant s'abaisser progressivement le chiffre de la *Maxima*, alors que la *Minima* restait sensiblement invariable. C'est là un signe certain de collapsus cardiaque contre lequel il est très difficile de lutter.

Cette diurèse se montre également pendant la grossesse lorsque les accidents graves ont été enrayés et que survient la guérison. L'accouchement, amenant la suppression de la toxémie, précipite d'habitude cette crise urinaire. Tant que la diurèse et l'abaissement progressif de la tension n'ont pas

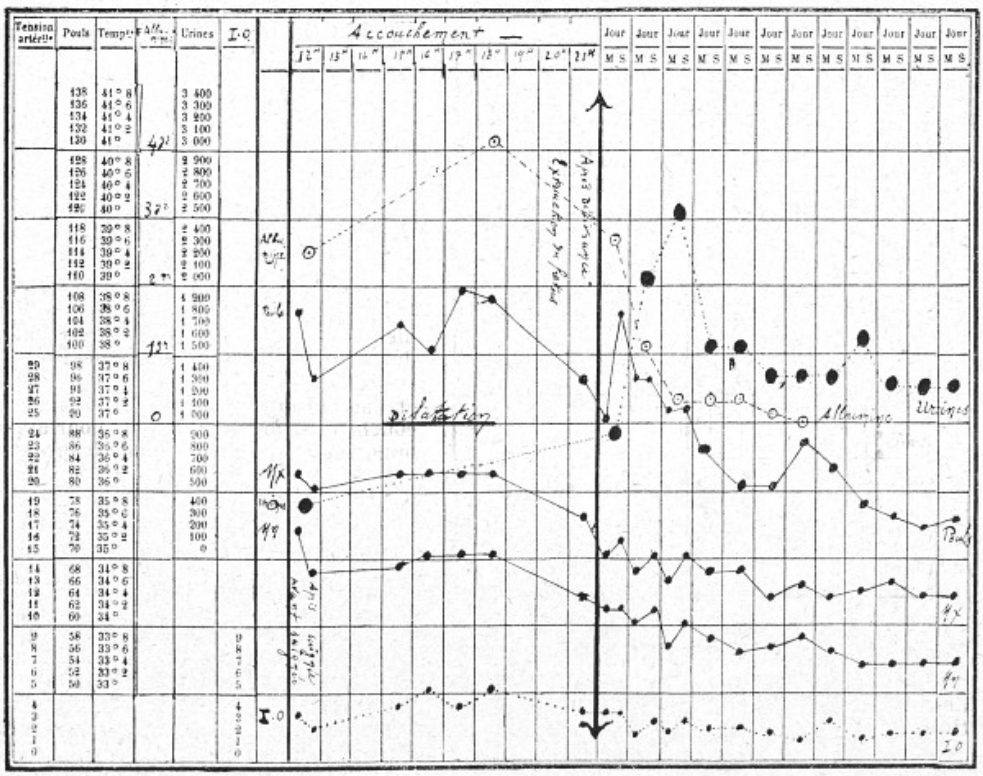


FIG. 2. — Courbes évolutives des valeurs oscillométriques ainsi que de celles concomitantes des urines et de l'albumine au cours de l'éclampsie puerpérale (travail et suites de couches).

Si quelques-uns ont pu d'autre part soutenir que l'éclampsie peut survenir parfois sans élévation de la tension artérielle, c'est qu'ils avaient affaire à des femmes en période agonique ou à des cas d'insuffisance cardiaque dans lesquels le cœur avait fléchi dès le début.

Pour tous ces motifs, il ne nous paraît pas possible, comme semble l'avoir conseillé Le Lorier (1), de limiter l'exploration de la tension artérielle à la seule mensuration de la *Maxima*.

Pour les vomissements incoercibles, nous l'avons vu, l'ignorance de la *Minima* (autrefois justifiée puisqu'on n'avait pas d'appareil pour la mesurer) et la méconnaissance de sa valeur basale dans la classification des états d'hypo et d'hypertension artériels avaient conduit à une interprétation erronée de certaines réactions organiques au cours de ces syndromes, tout au moins en ce qui concerne la tension artérielle.

Il en est de même pour l'éclampsie. La limitation systématique de l'étude de la tension artérielle à la seule *Maxima* nous prive d'un élément séméiologique capital, ne permettant plus de suivre les modifications évolutives des réactions cardio-vasculaires au cours des diverses étapes de l'éclampsie, et par conséquent nous empêchent d'apprécier à tous instants l'état d'adaptation ou d'inadaptation réactionnelle de l'organisme vis à vis de syndrome éclamptique.

Chez les albuminuriques et *a fortiori* chez les éclamptiques, qui, à l'ordinaire, ont des chiffres de tension encore plus élevés, il se produit pendant les *suites de couches* un abaissement notable et progressif de la courbe de la tension artérielle tant pour *Mx* que pour *Mn*. Cette courbe est parallèle à celle qui représente le taux de l'albumine et elle s'oppose nettement, en sens inverse, à la courbe graduellement croissante de l'élimination des urines.

(1) LE LORIER. — Les petites hypertensions d'alarme, dans la toxémie gravidique convulsivante. (*Presse médicale* 6 Janvier 1923.)

été constatés, la malade est toujours menacée d'accidents graves (éclampsie *post partum*).

C'est en effet le bloquage rénal dont témoigne l'anurie au moment de la crise et l'importante diurèse consécutive qui vont nous permettre de préciser, d'accord avec les données oscillométriques, le mécanisme de l'hypertension artérielle constatée dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie.

Quelle que soit la cause première de l'éclampsie, il y a vasoconstriction qui se traduit par une élévation plus ou moins importante de la *Minima* ; le cœur, surpris en pleine santé, lutte énergiquement, d'où élévation de la *maxima* traduisant des systoles vigoureuses, suffisantes pour assurer un certain temps l'équilibre circulatoire, mais insuffisantes pour triompher de l'imperméabilité rénale.

A l'équilibre circulatoire relatif s'oppose manifestement un déséquilibre excrétoire complet.

Au point de vue du *diagnostic*, la connaissance des valeurs oscillométriques de la tension artérielle constitue pendant la grossesse, un élément de premier ordre permettant de différencier les albuminuries transitoires des albuminuries graves de la gestation, ces dernières seules entraînant de l'hypertension

L'interprétation judicieuse de ces valeurs conditionnera la diététique et permettra, presque à coup sûr, de prévenir l'éclampsie.

Enfin, dans les cas de crise convulsive la notion d'hypertension *Minima* et *Maxima* permettra un diagnostic formel et fera éliminer sûrement l'épilepsie..

L'étude systématique des valeurs de la tension artérielle constitue d'autre part un élément de pronostic important pour nous renseigner sur l'évolution et la terminaison de cette affection à marche si décevante, dont Pinard a pu dire

© BIU Santé

que « nous ne savons pas pourquoi telle femme guérit et pourquoi telle autre meurt. »

L'élévation de *Mn*, proportionnellement plus grande que *Mx*, la valeur peu importante de *Pv*, devront nous faire craindre une issue redoutable, surtout si la thérapeutique employée n'entraînant pas un abaissement important et durable de la *minima*, l'hypertension continue à s'accentuer.

En tout cas, la notion de l'hypertension artérielle nous oblige à traiter les albuminuriques avec la dernière rigueur, comme si elles avaient eu une crise convulsive, sous peine de voir s'installer quelquefois des lésions rénales irrémédiables, mortelles à bref délai.

L'oscillométrie constitue enfin un *contrôle thérapeutique* de la plus haute valeur : grâce à elle nous avons pu montrer, en effet, les bons résultats que l'on peut tirer de la saignée, pour obtenir un abaissement durable de la tension artérielle (1). C'est l'*oscillomètre à la main* que nous pratiquons dans l'éclampsie de *larges saignées*, suffisantes en tout cas, pour abaisser la *Minima* d'au moins deux centimètres Hg. Une telle pratique nous a amené à extraire dans un cas douze cents grammes de sang sans le moindre inconvénient pour le sujet qui a parfaitement guéri.

C'est peut-être pour avoir méconnu ces prescriptions que cer tains auteurs ont eu des accidents consécutifs à des saignées relativement modérées chez des éclamptiques dont l'hypertension était décompensée par suite d'un état cardiaque antérieur. L'examen oscillométrique préalable et le contrôle oscillométrique pendant la saignée préviendront de telles complications.

Ajoutons que l'emploi d'une *large saignée ainsi contrôlée* à la base de notre thérapeutique personnelle contre l'éclampsie nous a permis d'abaisser la mortalité maternelle de cette affection à 8,33 % (2).

L'examen systématique des valeurs oscillométriques va enfin permettre une remarquable surveillance de la diététique et imposera, le moment venu, la reprise de l'alimentation.

Il n'est pas rare en effet, chez les albuminuriques au cours de la gestation et chez les éclamptiques dans les suites de couches, lorsqu'elles sont soumises à un régime lacté *exclusif* et *prolongé*, de constater d'abord un abaissement progressif et continu de la *Minima* qui est justement l'effet de la thérapeutique recherché.

Mais bientôt, alors que la *minima* reste invariable, tout comme le taux d'émission des urines et la quantité d'albumine on assiste à une baisse de la *Maxima* et de l'*Indice*, traduisant le fléchissement du myocarde par suite d'une déchéance organique entraînée par le régime lacté, régime insuffisant pour être longtemps prolongé.

Il est indispensable dans ces conditions, d'utiliser le régime déchloruré lacto-végétarien qui permet de relever les forces de la malade, quitte à revenir de temps en temps, pendant un jour ou deux, à un régime plus sévère (lait et purgation).

La fiche oscillométrique constitue pour nous l'élément primordial de la séméiologie et du contrôle thérapeutique de l'éclampsie.

(1) P. Balard. — De l'action hypotensive durable de la saignée dans l'éclampsie puerpérale. *C. R. Soc. de Biol.*, 27 juillet 1918.

(2) P. Balard. — Résultat d'une pratique personnelle dans le traitement de l'éclampsie (26 cas). *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 9 mars 1920

Troubles circulatoires au cours du travail et du post-partum immédiat.

Travail et accidents gravido-cardiaques.

Les phénomènes du travail de l'accouchement ont une influence manifeste sur l'évolution des valeurs oscillométriques. Les auteurs avaient jadis essayé de préciser les modifications apportées à la tension artérielle par les temps principaux de l'accouchement : dilatation, rupture des membranes, expulsion, accouchement, délivrance. Mais de tels examens pratiqués sans idée directrice n'amenèrent pas de résultats immédiatement applicables.

Tout au contraire, il nous a paru que le travail de l'accouchement n'étant qu'une modalité particulière du travail musculaire, il était facile de mettre en évidence son action sur la tension artérielle, en étudiant l'évolution des valeurs oscillométriques pendant le travail à la lumière du critère d'entraînement de Pachon (1).

Ces recherches systématiques faites par nous (2) pendant le travail, comparativement chez des femmes saines et chez des cardiaques, nous ont amené aux constatations suivantes bien mises en évidence dans les graphiques 3 et 4.

Chez les parturientes normales, il se produit une *hausse primitive* des valeurs maximum et minimum de la tension artérielle, ainsi que de l'*Indice oscillométrique*. Cette élévation est particulièrement accusée pour *Mx*, qui atteint son apogée au moment des violents efforts d'expulsion. Ces valeurs de travail restent à un régime fixe si la femme présente un certain degré de robusticité et si le travail n'est pas trop prolongé. On pourra donc inciter la femme à continuer les efforts d'expulsion tout le temps pendant lequel les pressions resteront à leur plateau de travail (graphique 3).

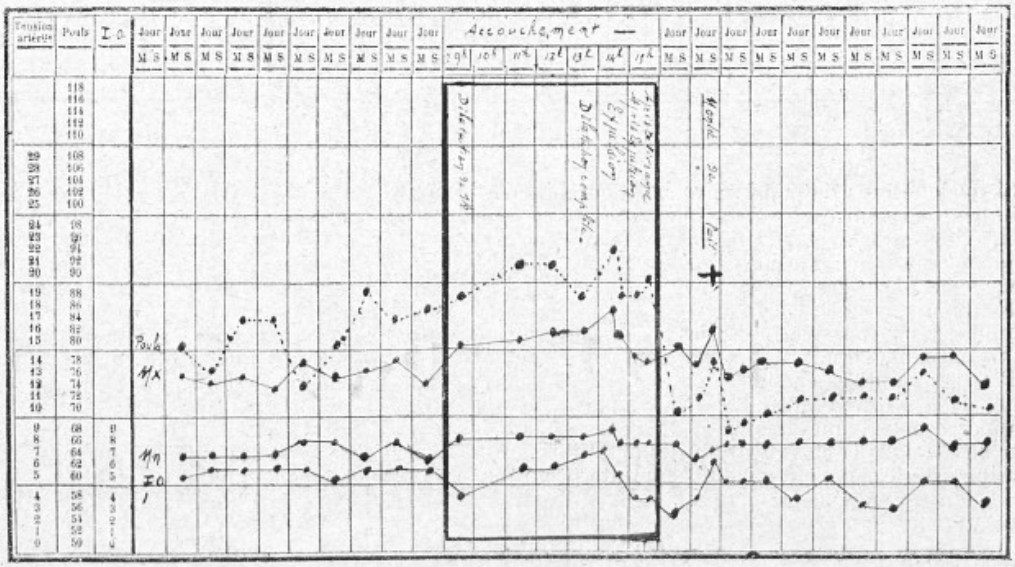


Fig. 3. — Courbes évolutives des valeurs oscillométriques, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches chez une femme normale.

Mais chez les cardiaques organiques ou simplement chez des sujets sains, par suite du surmenage du myocarde, il peut se produire une chute secondaire de l'ensemble des valeurs oscillométriques, et *en particulier de la Maxima*, réalisant le

(1) V. Pachon. — Education physique et critère fonctionnel. Les valeurs de la pression artérielle, critère d'entraînement. *C. R. Soc. de Biol.*, 21 mai 1910. — Sur l'insuffisance de l'étude isolée du pouls pour juger de l'état d'entraînement. Valeur comparée de la sphygmomanométrie. *C. R. Soc. de Biol.*, 28 mai 1910. — Voir aussi Léger. : Contribution à l'étude du critère oscillométrique considéré comme critère d'entraînement en éducation physique. *Thèse de Bordeaux*, 1913-1914.

(2) P. Balard. — Le critère oscillométrique, élément de diagnostic et de pronostic de l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité. *C. R. Soc. de Biol.*, 17 juillet 1920.

© BIU Santé

signal d'alarme (Pachon), qui marque, dès qu'il se produit, le fléchissement cardiaque (graphique 1).

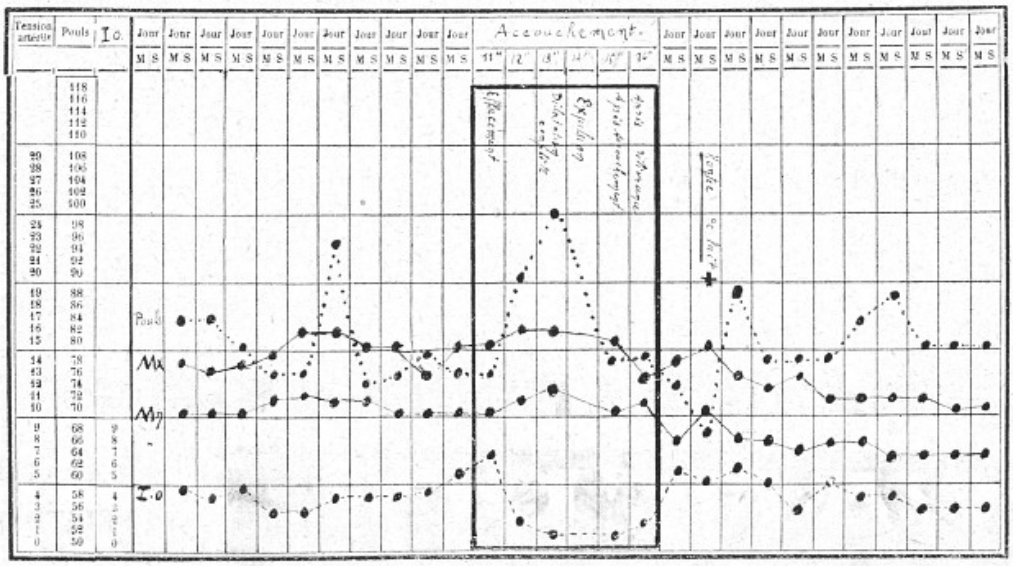


FIG. 4. — Courbes évolutives des valeurs oscillométriques pendant la grossesse, le travail et les suites de couches chez une femme atteinte de rétrécissement mitral.

Pendant la gestation si la saignée ou les toni-cardiaques ne parviennent pas à soulager le myocarde et à le stimuler, il est nécessaire d'interrompre la grossesse. Pendant le travail, il est urgent de procéder à l'extraction artificielle de l'enfant.

Ces recherches ont été ultérieurement vérifiées par Andérodias et Caubet (1) qui soulignent l'importance des *examens systématiques en série* de la tension artérielle chez les cardiopathes au cours du travail. A se fier aux idées théoriques, ou aux simples données de la clinique, ou même à un contrôle oscillométrique unique, on peut être amené à faire un pronostic erroné. Par contre, les examens systématiques en série, en vue d'établir le critère oscillométrique, doivent rester en pareil cas le guide le plus sûr du clinicien.

Pendant la gestation et surtout pendant le travail, l'oscillométrie nous renseigne donc à tous instants sur l'adaptation fonctionnelle du cœur et sur le moment opportun de l'intervention.

***

Hémorragies de la délivrance.

Nos constatations personnelles datant de mai 1914 (2) et se rapportant à des hémorragies obstétricales ont été confirmées par la chirurgie de guerre.

Dans les hémorragies graves comme celles de la délivrance, ou celles qui sont liées à l'insertion vicieuse du placenta, la diminution de l'ondée ventriculaire est telle que, malgré les efforts compensateurs du myocarde, il y a nécessairement abaissement notable de la pression artérielle, et en particulier de la pression *minima*. C'est dans l'importance et la persistance de cet abaissement que résidera la gravité du pronostic de l'hémorragie.

La chute continuelle et rapide de la *Minima* et de l'*Indice oscillométrique* contre-indique pour la malade le moindre mouvement, tel que le transport en voiture, et impose l'obligation de remplacer le plus rapidement possible une partie du sang qu'elle vient de perdre par des injections intra-veineuses et, si l'état ne s'améliore pas rapidement, pose l'indication de la transfusion.

Par contre, le relèvement des valeurs oscillométriques et particulièrement de l'*Indice* à la suite du traitement habitue de l'hémorragie, indique un retour à l'équilibre cardio-vasculaire et doit faire différer la transfusion.

Ainsi donc les données oscillométriques, particulièrement la *Minima* et l'*Indice*, permettent d'établir un pronostic rationnel des hémorragies brusques de la puerpéralité et de juger de l'opportunité de la transfusion.

***

Shock obstétrical.

On a décrit sous le nom de shock obstétrical un ensemble d'accidents qui, sous un tableau clinique par certains côtés identique, groupent en réalité des faits totalement différents sinon opposés.

Du reste, les diverses interprétations pathogéniques fournies par les auteurs ne font que plaider en faveur de cette variété d'origine, masquée par une apparente analogie symptomatique.

L'oscillométrie nous a permis de démembrer ce syndrome par trop compréhensif, en identifiant certains cas d'accidents gravido-cardiaques méconnus et en les différenciant à coup sûr de l'état de shock pur ou hémorragique (1).

D'une part, en effet, on note dans le shock une hypotension généralisée portant sur tous les éléments de la tension artérielle. La *Maxima* est fortement abaissée, la *Minima* tombe à une valeur très basse ; la *Pression variable* est extrêmement réduite ; enfin l'*Indice oscillométrique* dont l'étude est particulièrement importante dans le shock, est considérablement diminué. A peine sensible dans les cas extrêmes, il indique par là même leur gravité que soulignent encore ses variations d'amplitude d'une systole à l'autre.

En outre, la connaissance des valeurs de la tension artérielle rapprochée de la grandeur de l'*Indice* conformément aux lois d'interprétation de Pachon (2) nous permettra dans les états de shock de connaître l'état du myocarde, ainsi que celui du tonus vasculaire. Nous verrons alors si nous avons affaire à un shock grave avec défaillance du myocarde et vaso-dilatation paralytique, ou bien s'il ya un certain degré de vaso-constriction réalisant ainsi un mécanisme de défense contre la spoliation sanguine ou l'origine nerveuse du shock.

Bien différentes vont être par ailleurs les valeurs respectives des divers éléments de la tension artérielle dans les accidents gravido-cardiaques : on trouve alors en effet une *Mx* relativement basse par fléchissement du myocarde, plus particulièrement du cœur droit, incapable de lutter plus longtemps contre la stase pulmonaire et les lésions d'œdème du poumon, de règle dans ces cas là. Par contre, *Mn* est élevée par suite de la stase veineuse et des résistances périphériques. La pression variable est très diminuée, témoignant que le cœur est à la limite de son effort.

(1) Anderodias et Caubet. — De l'utilité du contrôle oscillométrique au cours du travail chez les cardiopathes. *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 16 mars 1922.

(2) P. Balard. — La tension artérielle minima élément de pronostic des hémorragies graves de la grossesse. *Archives mensuelles Obs. et Gyn.*, décembre 1914.

(1) P. Balard. — Shock obstétrical et accidents gravido-cardiaques (Différenciation clinique et orientation thérapeutique par l'étude systématique de la tension artérielle). *Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 8 janvier 1922.

(2) V. Pachon. — L'oscillométrie. Sa spécificité, son champ d'information. *Journal médical français*, sept. 1919.

© BIU Santé

En d'autres termes, *les femmes frappées de shock obstétrical sont à la fois hypotendues et hyposystoliques et celles qui sont atteintes d'accidents gravido-cardiaques sont relativement hypertendues tout en étant hyposystoliques.*

Le remède héroïque des accidents gravido-cardiaques réside dans la saignée qui soulage immédiatement l'effort cardiaque. Il est évident qu'une telle médication intempestivement mise en œuvre ne pourrait dans le shock qu'aggraver encore l'état de la malade.

Dans la thérapeutique même du shock l'oscillomètre va nous être encore d'un précieux secours. Il importe en effet, de stimuler le myocarde et de relever le collapsus vasculaire. Aussi, doit-on user largement, en pareil cas, de toni-cardiaques et plus particulièrement de la strychnine et de l'adrénaline ; dans les cas extrêmes enfin, la transfusion pourra être indiquée.

Or, en ce qui concerne l'adrénaline son emploi dans les états de shock ne doit pas être univoque.

Comme nous l'avons montré (1), au point de vue de la médication adrénalinique, l'oscillométrie nous permet de diviser les états de shock en deux catégories :

a) Shock avec vaso-dilatation paralytique, dans lequel l'adrénaline sera particulièrement indiquée (fig. 5).

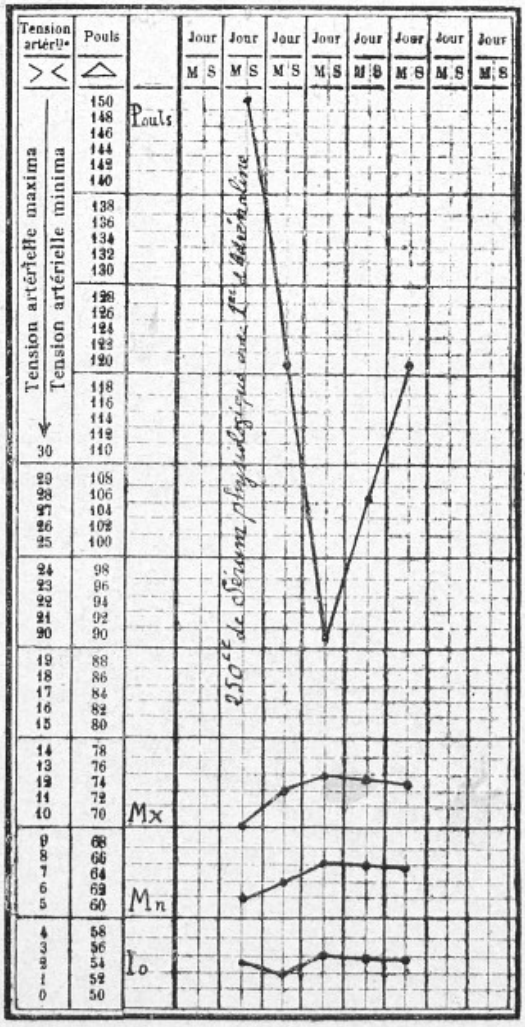


Fig. 5. — Shock avec vaso-dilatation. Excellent effet de l'adrénaline.

b) Shock avec vaso-constriction, dans lequel l'adrénaline paraît contre-indiquée en raison de son action élective vaso-constrictrice puissante qui, dépassant le but, peut produire des accidents regrettables, tels que l'anurie par bloquage rénal due sans doute à une vaso-constriction excessive (fig. 6).

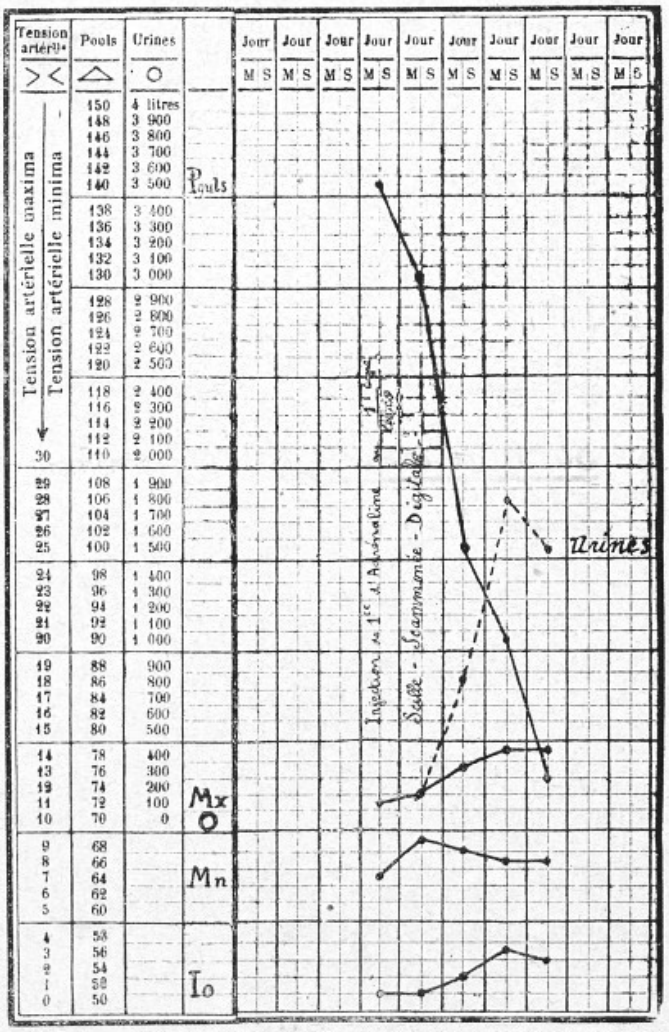


Fig. 6. — Etat de shock ; hypotension avec vaso-constriction. Effet fâcheux de l'adrénaline.

Ainsi donc, dans le shock, qu'il s'agisse de préciser le diagnostic ou d'identifier les réactions cardio-vasculaires individuelles, l'oscillométrie vient à notre secours, précise notre pronostic et guide pas à pas notre thérapeutique.

Suites de couches pathologiques.

Les infections puerpérales.

L'infection puerpérale, essentiellement polymorphe laissant difficilement apprécier le degré de sa virulence, la guérison dépend avant tout de la robusticité de la malade et de ses réactions défensives. A coup sûr, ainsi qu'il ressort des discussions du Congrès de Strasbourg sur la fièvre puerpérale (août 1923) *plus qu'une question microbienne, c'est une question de terrain.*

Dans ces conditions, la connaissance exacte des réactions cardio-vasculaires devient un élément capital dans l'établissement du pronostic si aléatoire de la septicémie puerpérale (1).

Lorsqu'il s'agit d'*infections localisées*, bien qu'elles écla-

(1) P. Balard et R. Farre. — La médication adrénalinique dans le shock. Indication et contre-indication suivant l'état du tonus vasculaire. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 14 octobre 1923.

(1) P. Balard. — De la valeur pronostique des examens oscillométriques dans les infections puerpérales *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 12 avril 1921.

© BIU Santé

tent avec fracas et s'accompagnent d'une violente hyperthermie, telles les lymphangites mammaires, elle paraissent sans action sur la tension artérielle. Il en est de même pour la lymphangite utérine et l'endométrite puerpérale bénigne. C'est à peine si dans un cas d'endométrite puerpérale nous avons pu constater une élévation d'un centimètre Hg de *Maxima* et de *Minima*, qui s'abaissèrent dès que parut la défervescence.

Par contre, lorsque l'*infection* est plus *grave* et qu'elle se traduit par des frissons et un état septicémique assez accusé, il se produit des modifications appréciables de la tension artérielle caractérisée le plus souvent par un abaissement de la *Minima*.

Enfin, dans les *toxémies à marche rapide*, l'organisme est sidéré d'emblée et il se produit des troubles du pouls et de la tension artérielle. Ces accidents sont particulièrement accusés s'il survient une myocardite ou une endocardite infectieuses et ils se traduisent par un abaissement important de la *Maxima* et de la *Minima*, un fléchissement de l'*Indice oscillométrique* et une arythmie, particulièrement bien mise en évidence par les examens oscillométriques.

La cause immédiate de cette hypotension n'est pas définitivement établie ; cependant, autant qu'à une action directe sur le bulbe, plus sans doute qu'à l'insuffisance surrénale aiguë, il faut faire une place à la paralysie directe des vaso-moteurs, sous l'influence des toxines microbiennes. « Certaines hypotensions mortelles peuvent, en effet, survenir avec un cœur parfaitement capable de maintenir une pression élevée s'il y était suffisamment aidé par les résistances périphériques, et à côté de la mort par collapsus cardiaque, il faut faire une place importante à la mort par *collapsus vasculaire* » (Gallavardin).

Dans ces conditions, on trouvera un nouvel élément de pronostic dans l'observation de l'*Indice oscillométrique*. Sa connaissance, rapprochée de celle des valeurs de la tension artérielle, nous permettra de connaître le tonus vasculaire d'où dépend dans la septicémie puerpérale la conservation de la tension.

Courbin a cru devoir insister, sur ce point. L'hypotension marquée et le fléchissement de l'*Indice* sont pour lui des signes d'extrême gravité, qui, joints à certains autres signes cliniques qu'il s'est attaché à décrire, lui ont paru constituer des indications précises en faveur de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale (1).

En conclusion, nous voyons donc qu'un abaissement considérable de la tension et un abaissement parallèle de l'*Indice* est toujours d'un fâcheux pronostic, car il témoigne de l'asthénie cardio-vasculaire et d'une imprégnation profonde de l'organisme. C'est à rétablir cet équilibre par les moyens appropriés que nous appliquerons nos efforts. Nous le pourrons souvent, pour le plus grand bien de nos malades, soit en provoquant les réactions défensives dont l'organisme est capable, soit en intervenant par une médication véritablement spécifique, si ces influences compensatrices font défaut.

Troubles pathologiques du fœtus et du nouveau-né.

Procidence du cordon et survie fœtale.

La connaissance de la valeur de la pression artérielle du fœtus que nous avions préalablement établie grâce à l'oscillomètre (2) nous a permis d'appliquer à la réalité obstétricale une conception originale du Pr Pachon concernant la cessation des battements funiculaires dans les cas de cordon procident (3).

La survie fœtale, en l'absence des battements du cordon, ne s'explique pas seulement par la résistance du fœtus à l'asphyxie, mais encore par ce fait que pendant la période de dilatation la compression modérée due aux contractions utérines uniformise le cours du sang faisant disparaître les battements sans interrompre la circulation.

Il ne faut donc pas dans la conduite à tenir se laisser déterminer par des signes qui, au premier abord, pourraient autoriser une opération mutilatrice, il faut avant tout prendre les intérêts de l'enfant, même s'ils paraissent compromis

***

Mort apparente du nouveau-né.

Grâce à son extrême sensibilité, l'oscillomètre de Pachon appliqué au nouveau-né à l'aide d'un brassard approprié, peut être utilisé dans les cas de mort apparente comme une méthode d'exploration simple et sûre donnant des résultats objectifs vérifiables par les assistants (1)

On a pu ainsi rappeler à la vie des enfants chez qui la persistance de la circulation n'avait pu être démontrée ni à la vue, ni à la palpation, ni à l'auscultation, mais qui présentaient des battements rythmiques de l'oscillomètre.

En outre, l'examen à l'oscillomètre pratiqué au cours des manœuvres de respiration artificielle est encore un précieux stimulant pour l'accoucheur, car il permet d'assister à la reprise de la circulation et à l'augmentation graduelle de la force des contractions cardiaques. En dehors de son importance médico-légale, il renseigne ainsi pratiquement sur l'utilité ou l'inefficacité de la respiration artificielle dans un cas donné.

L'oscillomètre établit donc d'une façon irréfutable le diagnostic et le contrôle thérapeutique de la mort apparente du nouveau-né.

***

État convulsif du nouveau-né.

Grâce à l'oscillométrie, il est enfin possible de surveiller d'une façon précise les enfants issus de mères éclamptiques.

A plusieurs reprises, nous avons pu noter d'emblée chez ces enfants des valeurs oscillométriques élevées, et, au lieu d'observer, comme de coutume, une courbe croissante de ces valeurs, on constate la première semaine une courbe en plateau, parfois même un abaissement léger témoignant de la désintoxication lente de l'organisme.

Ces constatations peuvent être d'un intérêt pronostique considérable, nous obligeant à surveiller attentivement ces enfants et à leur administrer une purgation énergique et à favoriser la diurèse.

Grâce à une telle surveillance, il sera possible d'instituer l'allaitement maternel chez les enfants d'éclamptiques sans avoir, comme certains l'ont prétendu, à redouter d'accidents (2)

Tout comme chez la femme enceinte, en cas de convulsions du nouveau-né, la constatation d'une tension artérielle normale et surtout à marche régulièrement croissante, comme il est de règle chez le nouveau-né, devra faire penser à des convulsions iodiopathiques. Par contre, de l'existence de valeurs élevées de la tension artérielle, on pourra conclure à l'origine toxique des convulsions et à la probabilité de lésions rénales.

C'est ainsi que l'oscillomètre éclaire un certain nombre de cas de la pathologie du fœtus et du nouveau-né.

Conclusions.

Ainsi donc, de quelque côté que l'on se trourne en obstétrique, l'oscillométrie éclaire une foule de problème cliniques. Elle constitue une méthode séméiologique de premier ordre permettant de fixer un diagnostic hésitant, de préciser le pronostic et de contrôler la thérapeutique.

(1) Courbin. — Les indications de l'hystérectomie d'urgence, dans l'infection puerpérale. *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, mars 1922.

(2) Cf., pour plus de détails, P. Balard. — La tension artérielle et l'oscillométrie chez le nouveau-né. *Le Nourrisson*, septembre 1921.

(3) P. Balard. — Sur la persistance de la vie de l'enfant dans les cas de cordon procident dépourvu de battements. *Arch. mensuelles Obst. et Gyn.*, 1919.

(1) P. Balard. — L'oscillomètre de Pachon critère de la persistance de la circulation dans la mort apparente du nouveau-né. *Presse médicale*, 29 mars 1913.

(2) P. Balard. — L'allaitement chez les albuminuriques et les éclamptiques. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 5 août 1923.

© BIU Santé

Qu'il s'agisse d'apprécier les réactions organiques, dans les cas de vomissements incoercibles, d'éclampsie et d'insuffisance cardiaque, au cours des hémorragies et du shock post-partum, dans les infections puerpérales ou chez les nouveaunés, l'oscillométrie apporte en obstétrique, des notions singulièrement précises et fécondes que l'accoucheur n'a plus le droit d'ignorer

C'est, qu'en effet, elle constitue bien une donnée vraiment *clinique*, puisqu'elle repose sur des *constatations dynamiques individuelles* réalisant une des nombreuses applications de la physiologie, c'est-à-dire des réactions vitales, à la médecine.

Voilà pourquoi « la médecine contemporaine s'oriente résolument tous les jours davantage vers la physiologie, d'où découlent pour elle, comme d'une source toujours fraîche et jamais tarie, de nouveaux éléments d'information ou de nouvelles méthodes d'études » (1).

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les limites de l'électrocoagulation

D'après une leçon du professeur LEGUEU (2)

Je parlerai aujourd'hui des limites de l'*électrocoagulation*, je dois ajouter des *tumeurs de la vessie*. Dans ces dix dernières années, un très grand progrès a été apporté à la thérapeutique des tumeurs vésicales. Pour comprendre l'importance de ce problème, il faut avoir vécu la période quelque peu lointaine où, il y a trente ans environ, on se défendait peniblement contre les tumeurs de la vessie, dont on faisait difficilement le diagnostic, et surtout dont on connaissait mal la thérapeutique. Aujourd'hui, grâce à l'électrocoagulation on peut, avec un courant électrique de *diathermie*, c'est-à-dire de chaleur passant à travers l'économie, arriver à faire disparaître ces tumeurs, petites, moyennes ou multiples, par un traitement ambulatoire, qui permet au malade d'aller et de venir, traitement indolore et ne laissant aucune cicatrice, puisque l'on passe par la voie intra-uréthrale. C'est une méthode excellente. Néanmoins, elle a ses limites. Il est temps, après quelques années, de voir où s'arrêtent les indications de cette thérapeutique. Si dans certains cas elle est extrêmement heureuse et dispense de toute intervention mutilante, il y en a d'autres dans lesquels il est nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale uniquement ou comme première phase du traitement.

L'*électrocoagulation* consiste essentiellement dans les manœuvres suivantes. Supposons que la tumeur a été diagnostiques, repérée, que la méthode est nettement indiquée. On va opérer dans le cystoscope, par lequel vont pénétrer les instruments nécessaires, et par lequel on va regarder et explorer la manœuvre. L'intérieur de la vessie apparaît au fond de la vessie sous la forme d'un cercle sur ce fond se détache la tumeur. La position est repérée par l'heure vers laquelle, se porte le rayon visuel. Pour pratiquer l'électrocoagulation, on prend une sonde dite à diathermie, c'est-à-dire pourvue en sa partie centrale d'une canalisation métallique, et, comme pour le cathétérisme des uretères, on l'introduit dans le cystoscope. On va pousser doucement cette sonde, de façon qu'elle pénètre à l'intérieur de la vessie, et que l'électrode fixée à son extrémité soit dirigée vers la tumeur, directement au centre de celle-ci, le malade reposant par sa région dorsale sur une plaque représentant l'autre électrode. On emploie un courant de 250 à 300 milliampères. Une pédale permet d'actionner le courant. A ce moment la sonde est au contact de la tumeur, elle appuie sans fermeté, elle la touche, pour ainsi dire. Immédiatement, quand le courant passe, se produit une zone blanche due à la coagulation des albumines de la tumeur.

La manœuvre que nous pratiquons ici n'est pas une cautérisation, et c'est son avantage. C'est une coagulation des albumines, et qui, partant du point de contact, va s'étager suivant une série de zones décroissantes, dans un rayon que l'on ne peut exactement préciser. On saisit l'avantage : si c'était une cautérisation, il y aurait une escarre unique à bord nettement distinct, et, par suite, au moment du détachement de cette escarre, on pourrait avoir une hémorragie grave. Au contraire, avec l'électrocoagulation, le tissu est détruit d'une manière insensiblement décroissante jusqu'à la périphérie de la tumeur, de sorte qu'il n'y a jamais d'hémorragies. La première zone, très blanche, se détachera au bout de 8 ou 10 jours, les albumines coagulées s'élimineront ; les autres zones vont également s'éliminer, mais moins vite, formant barrière. Les vaisseaux sont eux-mêmes coagulés. On voit les étincelles qui passent de la sonde à la tumeur. Le champ visuel est éclairé d'une manière d'autant plus intense que le courant est à plus haute tension. On voit la pénétration de l'instrument qui s'enfonce doucement et détermine une petite cavité dans la tumeur ; autour de ce trou apparaît un tissu blanc de coagulation, et, d'autre part, intervient l'élément mécanique dû à la haute tension, les débris du tissu détruit, pulvérisé, sont dispersés par la décharge électrique. Mais l'action coagulante est l'élément principal de la méthode,

Dans la même séance, on exerce l'électrocoagulation sur trois ou quatre points de la tumeur, qui deviennent autant de cratères. L'opération est terminée en 5 à 10 minutes, suivant la tolérance des malades. Il est remarquable que cette électrocoagulation n'est pas douloureuse chez la plupart des malades, sauf chez ceux d'une extraordinaire impressionnabilité, ou bien cette sensibilité n'existera que plus tard, lorsque vous vous rapprocherez des zones pédiculaires de cette tumeur et que vous serez au conctact de la paroi vésicale elle-même, à la fin de l'opération, quand il n'y a plus rien à cautériser, que les petits bourgeons saillants à la surface de la muqueuse. Là, c'est douloureux. La douleur est presque un critérium, les protestations du malade indiquent que l'on est au contact de la paroi vésicale.

Quand une tumeur est pédiculée, il serait avantageux, par une large électrocoagulation, de détacher la pédicule de la paroi et de libérer la tumeur. Cette amputation du pédicule peut se faire de temps en temps, et je l'ai réalisée à plusieurs reprises, mais elle est difficile. Elle est à rechercher néanmoins dans les petites tumeurs.

Quand vous aurez pratiqué la première électrocoagulation, vous renverrez le malade pour 15 jours ou 3 semaines, et referez alors une autre séance. Il n'y a pas d'intérêt à procéder très vite, parce qu'il faut une douzaine de jours pour que l'eschare s'élimine. En moyenne, une période de 18 à 20 jours d'intervalle est favorable. Pour détruire une tumeur ayant le volume d'une noisette, par exemple, deux ou trois séances seront nécessaires.

La supériorité de cette méthode réside donc essentiellement dans la possibilité du traitement ambulatoire, dans l'absence de cicatrice, dans la possibilité de poursuivre dans leurs diverses répétitions ces tumeurs qui sont éminemment *récidivantes*.

***

Voyons maintenant quelles sont les conditions dans lesquelles nous pourrons employer cette méthode. Voyons d'abord quelles sont les divers genres de tumeurs de la vessie que nous avons l'occasion de traiter. Elles sont de deux catégories principales, les *cancers* et les *tumeurs papillaires bénignes*. Les cancers vrais de vessie ont un certain nombre de caractères qui, dans les cas typiques, permettent assez facilement de les reconnaître à l'examen clinique et au coup-d'œil cystoscopique. Ils sont *sessiles*, c'est-à-dire largement implantés. Ils font une grosse saillie à l'intérieur de la vessie, mais ont une base à peine plus large que leur surface ; de plus de très bonne heure on trouve un envahissement de la paroi et des propagations lymphatiques à distance.

Avec les tumeurs bénignes, ou d'origine bénigne, et pen-

(1) V. PACHON. — Leçon inaugurale. *Presse médicale*, 6 avril 1912.
(2) Leçon faite à l'hôpital Necker, le 6 février 1924.

© BIU Santé

dant longtemps bénignes, et quelquefois pour toujours bénignes, nous avons affaire à des tumeurs un peu spéciales à l'appareil urinaire. Dans quel autre organe trouverait-on une semblable maladie polypoïde ? Est-ce dans l'estomac ? Non, il y a des polypes quelquefois, mais ils n'ont pas la multiplicité qu'ils ont ici. J'ai vu un ou deux polypes du rectum. Dans l'appareil urinaire, jusque dans le bassinet, mais surtout dans la vessie, il y a au contraire une prédilection extraordinaire de ces tumeurs, qui ont des caractéristiques bien particulières.

La première, c'est la *pédiculisation*. La tumeur a un tout petit pédicule, mince, extensible, que l'on peut allonger à volonté en tirant dessus, car il a pour caractère de pouvoir se détacher de la muqueuse ; on peut ainsi, lorsqu'il n'a qu'un centimètre, lui donner trois centimètres de long, en attirant la muqueuse.

Voilà immédiatement une opposition avec les autres tumeurs, de sorte qu'autrefois, sans cystoscopie et sans radiographie, nous cherchions le caractère sessile ou la pédiculisation, celle-ci étant reconnue à l'absence d'infiltration de la paroi.

Aujourd'hui, la *cystoscopie* nous montre sinon le pédicule, du moins la mobilité de la tumeur qui est la révélation de ce pédicule.

Ce sont ensuite les *villosités* et la *vascularité*. La tumeur est chevelue, villeuse ; plongée dans un liquide où elle flotte, comme on peut la voir sur la tumeur examinée à l'intérieur de la vessie, ou sur la tumeur que l'on a enlevée et mise dans un vase rempli d'eau en ayant soin de la fixer à un bouchon de liège pour qu'elle flotte, on voit ces villosités se répandre dans le liquide et prendre un aspect élégant rappelant celui des algues marines. Ces villosités sont constituées d'une surface d'épithélium reposant sur du tissu conjonctif, centré de vaisseaux ; elles présentent une grande *vascularité* et par conséquent l'on peut voir des hémorragies considérables avec des tumeurs petites. Une tumeur du volume d'une lentille peut causer une hémorragie mortelle. Quand la tumeur ne flotte pas, son aspect rappelle le frai de grenouille.

C'est encore la *multiplicité*. Il y a presque toujours plusieurs tumeurs dans une même vessie, mais à des degrés différents d'évolution. Il y en a des petites, une grosse, une moyenne, puis de petits foyers semblables à des verrues, papillomes en miniature. Elles sont *récidivantes*, récidivantes sans malignité, au début du moins, récidivantes à 10 ans, à 15 ans d'intervalle, avec la même bénignité.

C'est une maladie de l'épithélium vésical, dont on ne connaît pas la nature. Il y a malheureusement toujours des éléments de transformation possible, et l'on n'a pas le droit de laisser ces tumeurs évoluer. J'ai vu des gens qui, ayant conservé ces tumeurs pendant 10 ou 15 ans à l'état de bénignité finirent par présenter des dégénérescences malignes.

On trouve quelquefois dans ces tumeurs une invagination de l'épithélium, qui est la première caractéristique du cancer. Nous savons que ce qui caractérise le cancer, c'est la pénétration de la cellule épithéliale dans le tissu conjonctif. Il y a quelquefois dans ces tumeurs bénignes du cancer en puissance. Leur multiplicité excessive constitue la polypose diffuse de la vessie, qui est particulièrement grave.

***

Indications et contre-indications de l'électrocoagulation. — En principe, pour toutes les tumeurs bénignes, l'électrocoagulation reste la méthode de choix la plus favorable. Mais il y a des contrindications ; en voici quelques-unes.

Contre-indications du siège. — L'électrocoagulation n'est pas possible pour toutes les tumeurs. Généralement ces tumeurs siègent dans le segment inférieur de la vessie, autour des orifices urétéraux, — c'est de notion courante — et la manœuvre dans ce cas est aisée ; mais lorsqu'une tumeur siège sur la paroi antérieure de la vessie, on a les plus grandes peines à obtenir son électrocoagulation et parfois des difficultés insurmontables, car l'on ne peut pas imposer de trop grandes déformations de l'urèthre.

Il y a des tumeurs qui siègent sur le col vésical. On ne peut pas les atteindre avec le cystoscope, il faut un instrument donnant la vue par l'urèthre ; on peut alors recourir à l'uréthroscope de Mac Carty ; mais certaines de ces tumeurs sont à cheval sur le col, c'est-à-dire un peu en dedans. Il faudra dans ce cas abandonner le procédé électrique. De même pour les tumeurs siégeant trop haut dans la vessie : elles sont trop loin alors de la sonde qui ne peut s'appuyer et qui se déplace ; il faut que la tumeur soit à trois centimètres de l'appareil. Sans doute, il y a une façon de tourner la difficulté, c'est de mettre moins de liquide dans la vessie : les parois reviennent un peu sur elles-mêmes, mais on voit difficilement la tumeur dans ces conditions.

En réalité, la méthode de l'électrocoagulation n'est pratique que dans les tumeurs siégeant dans le pôle inférieur de la vessie et celles qui sont directement en arrière. Celles qui sont situées en haut ou très antérieures créent des difficultés.

Il y a aussi une question de *volume*. Les tumeurs d'un volume considérable doivent être traitées par l'opération. Ce n'est pas seulement parce que l'électrocoagulation dans ces cas-là est trop longue : quand on a affaire à une tumeur de gros volume, il faut six mois à un an de cette méthode pour obtenir un résultat ; ce sont des électrocoagulations répétées, créant de grandes difficultés pour les malades qui sont obligé de revenir. Il y a aussi autre chose, c'est que les transformations malignes, quelquefois initiales, mais souvent tardives, sont dans une certaine mesure fonction de l'ancienneté de la tumeur. Quand on suit pendant vingt ans un papillome né bénin et évoluant bénin, on le voit se transformer en cancer, et, s'il est enlevé trop tard, récidiver en cancer ; de sorte que la malignité de ces tumeurs est une conséquence de leur ancienneté d'évolution.

Il en résulte que toute tumeur grosse, datant d'un certain temps, est maligne en principe ; elle l'est devenue si elle n'était pas, et il est préférable de l'enlever par exérèse.

Pour les *tumeurs multiples*, il semble préférable de faire intervenir l'électrocoagulation à titre complémentaire et de la pratiquer à travers l'incision vésicale, pour détruire les bourgeons que l'exérèse n'a pu enlever. En pareil cas, grâce à ce complément extrêmement heureux que nous ajoutons à l'opération, on réussit beaucoup mieux à débarrasser la vessie de ces polypes multiples et à les poursuivre dans leurs récidives.

Toute tumeur qui, à l'examen cystoscopique, n'est pas un polype net et précis doit être traitée par une ablation large dans laquelle on enlève la paroi correspondante de la vessie. Quand on a affaire à une tumeur relativement peu pédiculée, non bénigne, ou non complètement bénigne, et siégeant à la partie supérieure de la vessie, il faut, sous le péritoine, faire la résection de la partie supérieure de la vessie.

Il y a donc une série de cas dans lesquels ce que j'ai appelé le traitement de choix comporte des exceptions.

(*Leçon recueillie* par le Dr Laporte.)

Les externes des hôpitaux et l'A. P. — On sait que l'Assistance publique ne donne aux externes des hôpitaux qu'une indemnité quotidienne dérisoire. Encore trouve-t-elle que c'est trop. Elle retient en effet leurs quatre francs quotidiens aux externes que la maladie éloigne momentanément de l'hôpital. Cette mesure, peu généreuse, se justifie encore par un souci d'économie. Elle devient odieuse lorsque les jeunes médecins qu'elle frappe ont contracté leur maladie au chevet des malades. Un médecin qui contracte dans son service une typhoïde, une scarlatine dont il peut mourir est victime d'un accident professionnel, et les assurances indemnisent l'accidenté du travail ordinaire de son manque à gagner. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la plus exposée des professions ?

En attendant le système d'assurance recommandé par le conseil supérieur de l'hygiène publique et promis depuis bien longtemps au personnel médical des hôpitaux par M. Mourier, celui-ci pourrait éviter la mesquinerie de supprimer à ses externes une indemnité — pourtant bien légère à son budget — et sous de falots prétextes administratifs.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril,

La perception de la distance et du relief. — M. ***Hanriot*** montre que les théories jusqu'ici invoquées pour expliquer la perception de la distance et du relief ne suffisent pas à en rendre compte surtout dans le cas de la vision bicolorée. Il pense qu'il faut, à côté des phénomènes purement physiques, faire leur place à des phénomènes psychiques.

La contagion familiale dans la tuberculose de l'enfant. — M. ***Armand-Delille*** et Mlle ***Famin***. — La tuberculose infantile est fréquente dans les familles où il existe un tuberculeux porteur de lésions ouvertes. 60 % des contaminations se font dans ces conditions et 40 % de ces contaminés meurent de formes aiguës ou rapides avant même les contaminateurs. On peut dire que chaque fois qu'on est en présence d'un cas de tuberculose infantile on doit en déduire qu'il existe un cas de tuberculose ouverte contagieuse dans l'entourage familial et que le plus souvent il se trouve chez les frères et sœurs de l'enfant malade des manifestations tuberculeuses. Il serait donc nécessaire, chaque fois qu'on observe chez un enfant un cas de tuberculose quelconque, pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, de procéder à une enquête familiale afin de déceler le porteur de germes et de prévenir d'autres contaminations familiales.

De la syphilis de l'œsophage. — M. ***J. Guisez***. — De tous temps et avant les modes d'examen que nous possédons aujourd'hui la syphilis de l'œsophage a été regardée comme une rareté.

Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer *a priori* depuis que l'exploration de cet organe est devenue plus précise, depuis l'ère radioscopique et œsophagoscopique, les cas de syphilis œsophagienne confirmée sont de venus encore plus exceptionnels. Et même si, de l'ensemble de ces observations qui ont été publiées sous le nom de syphilis œsophagienne, on retranche celles qui ne sont constituées que par l'extension d'un processus syphilitique et cicatriciel du pharynx, ou laryngo-pharynx à l'œsophage, le nombre en devient tout à fait infime. Dans la plupart des observations publiées antérieurement par les anciens auteurs, ils s'agissait de sténoses « inflammatoires » simples chez des syphilitiques consécutives à des spasmes graves et en particulier à des cardio-spasmes ; lésions bien connues seulement depuis l'œsophagoscopie et le diagnostic de syphilis avait été posé à tort par exclusion.

Le traitement spécifique intensif n'a jamais rien donné dans aucun des cas observés par l'auteur où il pouvait y avoir doute et où l'on présumait une lésion syphilitique. Sur plus de 3.000 œsophagoscopies, l'auteur n'en a observé qu'un cas net et un cas douteux. Dans le premier il s'agissait de syphilis cicatricielle pharyngée propagée à la partie supérieure de l'œsophage, et dans le deuxième, il semble bien qu'il y avait une gomme au tiers supérieur du conduit qui a régressé nettement sous l'influence du traitement spécifique, mais le malade n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'il y ait eu certitude au sujet du diagnostic.

L'œsophage est donc un des organes le moins atteints par la syphilis. Il est inutile et même dangereux de prescrire le traitement spécifique, dit d'épreuve, dans les cas de tumeur ou de plaie œsophagienne, ce traitement ne donne jamais aucun résultat.

Essais de vaccinations contre la fièvre typhoïde par la voie buccale. — M. ***Aimé Gauthier***, au cours de l'année 1923, a été chargé d'exécuter en Grèce, en qualité de délégué de la Commission des épidémies de la Société des Nations, une campagne de vaccinations généralisées à l'ensemble des réfugiés expulsés de Turquie.

651.680 vaccinations antityphoïdiques ont été effectuées par la voie hypodermique, sans qu'aucun accident ait été observé.

En plus, il a été amené à faire, en collaboration avec MM. G. Blanc et J. Abousselam, des essais de vaccination par la voie buccale contre la fièvre typhoïde dans des circonstances et des milieux propices pour en étudier le degré d'efficacité.

Dans trois villages grecs où sévissaient de fortes épidémies de fièvre typhoïde, après une vaccination générale de toute la population par la voie buccale, ces épidémies ont été arrêtées brusquement et complètement.

Sur 3.440 vaccinés par ce procédé, on a constaté 5 cas de fièvre typhoïde post-vaccinaux, tous survenus durant la période négative, après quoi plus aucun cas n'est apparu pendant les trois mois consécutifs.

Malgré que ces essais aient été effectués dans des conditions présentant toute garantie de bonne observation, M. Gauthier estime que la période des essais est loin d'être close, mais que cependant, sans engager sa responsabilité à la légère, on peut conseiller désormais l'emploi de ce mode d'immunisation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 avril 1924

Pied bot varus équin paralytique. — ***M. Péraire*** présente une fillette de 14 ans qu'il a guérie de cette affection par une large tarsectomie. Anesthésie générale au Schleich à doses faibles et continues malgré une lésion congénitale grave : persistance du trou de botal.

Néphrite chronique simulant le myxœdème. — ***M. P. Renard*** communique l'intéressante observation d'un malade atteint de néphrite chronique présentant tous les symptômes du myxœdème. Pas d'albumine, pas de modification des éléments de l'urine, mais forte proportion d'urée dans le sang et coefficient uréo-sécrétoire élevé. Le traitement thyroïdien aggrava les symptômes, la médication diurétique et le régime hypoazoté amenèrent la guérison.

Abcès du poumon. Traitement chirurgical. — ***M. Petit de la Villéon***, parmi les différents traitements chirurgicaux employés, pneumothorax artificiel, thoracoplastie avec compression extrapleurale, pneumotomie, lobectomie, donne la préférence à la pneumotomie avec drainage et en rapporte un cas, complètement guéri sans fistule. Il insiste sur la nécessité d'opérer sous anesthésie locale dans la position assise, en deux temps en cas de plèvre non adhérente.

Fibromes utérins enlevés après radiothérapie. — ***M. Dupuy de Frenelle*** en présente deux cas, traités par la radiothérapie sans aucun résultat et enlevés par hystérectomie.

La réduction des fractures et luxations doit se faire sous le contrôle immédiat des rayons X. — ***M. Dupuy de Frenelle*** insiste sur l'emploi de la radiothérapie immédiatement avant et immédiatement après la réduction des fractures et des luxations, avant que l'appareil plâtré ne soit sec.

Lésions tumorales de la tuberculose vésicale. — ***M. Cathelin*** présente un malade, tuberculeux urinaire, avec des bacilles de Koch positifs à deux examens directs de l'urine, dont la division des urines montre encore deux bons reins (élimination urémique diminuée à droite) et qui, à l'examen cystoscopique, présentait dans la zone droite de la vessie trois tumeurs très grosses et que des débutants pourraient prendre pour de vraies tumeurs, alors qu'il s'agit en réalité d'un processus hypertrophiant de tuberculose vésicale.

Valeur des lois de l'urée en chirurgie rénale. — ***M. Cathelin*** apporte le résultat de sa pratique déjà longue sur l'étude du fonctionnement rénal basé sur les lois de l'urée ; s'appuyant sur un nombre considérable de cas, il montre par des tableaux que la déficience uréique n'est nullement symptomatique d'une tuberculose rénale, mais s'observe dans toutes les affections chirurgicales du rein, sauf peut-être dans certains cas de cancer. Il montre la supériorité d'étude du fonctionnement rénal basé sur le principe intangible de la division des urines et la faillite de la cryoscopie ou de la constante.

Les éléments psycho-moteurs du sommeil. — ***M. Bérillon*** pense que chez l'homme, l'état de veille est constitué par une excitation anormale des centres nerveux entretenus par un grand nombre d'éléments d'ordre psychique ou physique. L'entrée dans le sommeil artificiel s'accompagne toujours de phénomènes insolites ; il existerait dans le cerveau un centre du réveil, réagissant contre le sommeil et nous maintenant éveillés.

H. Duclaux.

© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : **Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.**

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à **SAINT-DENIS,** *près* **PARIS**

Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Marque déposée

ANTIACIDE & LAXATIF

Cette préparation possède, sous une forme liquide et assimilable, toutes les propriétés de la magnésie solide, sans en présenter aucun des inconvénients.

Sa fluidité, sa parfaite hydration, son affinité pour les acides, assurent une solubilité parfaite dans les sucs de l'estomac.

Elle est agréable à prendre et son usage prolongé ne donne jamais lieu à des signes d'intolérance.

Envoi d'Échantillon sur demande au Dépôt Général

PHARMACIE ANGLAISE DES CHAMPS-ÉLYSÉES
62, avenue des Champs-Elysées
PARIS (VIIIe)

Téléphone : Elysées **22-52**

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

Extrait total d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES · ARTÉRIO SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Laboratoires CARTERET

EURONAL

HYPNOTIQUE LÉGER
SÉDATIF NERVEUX

Comprimés rigoureusement dosés à

VÉRONAL SODIQUE	0 gr. 15
EXTRAIT DE VALÉRIANE	0 gr. 10

INSOMNIES NERVEUSES, NÉVRALGIES (1 à 3 comprim. par jour)

Littérature et échantillons sur demande

SINAHIN

Traitement
ANTIDIABÉTIQUE
- Sans Régime -

PILULES A BASE D'EXTRAITS VÉGÉTAUX
5 à 15 Pilules par jour

Communication à l'Académie de Médecine, 30 Décembre 1913, par le Docteur Dinguizli, de Tunis, sur les Travaux d'Avicenne.

15, Rue d'Argenteuil,

PARIS (1er)

ANTISEPTIQUE — — DÉSINFECTANT

LUSOFORME

FORMOL SAPONINÉ

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

R. C. Seine 185.284.

© BIU Santé

NOTES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Sur la nécessité de développer les consultations pour femmes enceintes. (L'ERRIGAULT, *Thèse de Paris*, 1923.)

Cette thèse montre les heureux résultats obtenus aux consultations de femmes enceintes du professeur Brindeau à la clinique Tarnier, tant pour la bonne santé de la mère pendant sa gestation que pour le bon pronostic de l'accouchement d'un enfant sain et vigoureux.

Ces consultations ont permis en outre de dépister fréquemment dans les familles deux des grands fléaux contemporains : la tuberculose et la syphilis.

Ces résultats soulignent l'intérêt qu'il aurait à ce que le parlement adoptât le projet de loi de M. Strauss par lequel le Ministre se propose de compléter et rénover la loi Roussel, notamment en étendant à toute la France le bénéfice de consultations pour femmes enceintes analogues à celles de la clinique Tarnier.

A. F.

Studies on the effective principles in the extract of the pituitary body. (Etude sur les principes actifs de l'extrait hypophysaire.) (YUTAKA SAITO. *The Sei-I-Kwai Medical Journal*, août 1921, p. 4.)

1° L'extrait puituitaire n'a pas d'effet dilatateur sur la pupille d'un œil de grenouille excisé ;

2° L'extrait ne donne pas de réaction au chlorure de fer, mais donne de façon très marquée la réaction de l'histidine de Pauly ;

3° Il fait contracter l'utérus de cobaye vierge ;

4° La courbe de tension artérielle après injection veineuse diffère de celle de l'adrénaline par les points suivants :

a) Elévation moins rapide, acmé moins élevé ;

b) La décroissance après adrénaline est logarithmique, après pituitrine elle est irrégulière.

5° L'ébullition de l'extrait en solution alcaline faible détruit complètement l'effet hypertenseur et laisse subsister l'effet hypotenseur initial et l'effet sur l'utérus.

6° L'extrait par l'alcool méthylique et acide sulfurique à la réaction de Pauly, l'effet dépresseur et l'effet sur l'utérus.

7° Le résidu des extractions multiples au chloroforme après traitement préalable à l'acide trichloracétique produit seulement l'effet hypertenseur.

8° Ce principe hypertenseur fait contracter le muscle utérin alors que l'adrénaline le relâche.

9° Un mélange à parties égales d'adrénaline et d'histamine a les mêmes effets sur l'utérus que l'extrait pituitaire.

Henri VIGNES.

Au sujet de la radiothérapie du fibromyome. (ZIMMERN. Société de radiologie médicale de France, séance du 13 juin 1922.)

Les fibromes sous-muqueux et les polypes résistent habituellement à la radiothérapie. L'absence d'amélioration, la recrudescence des hémorragies est un indice de cette résistance, et doit conduire à l'intervention. En ce qui concerne les fibromes justiciables de la radiothérapie, il y a des cas qui guérissent rapidement, et d'autres qui, malgré des doses notables, ont une résistance surprenante. Les hémorragies parfois s'arrêtent, puis recommencent et la tumeur ne diminue pas. Il existe une sensibilité du fibromyome, dont l'origine est double : tantôt venant de la tumeur qui, jeune encore, se trouve de ce fait plus vulnérable, tantôt de l'ovaire, qui en involution de par l'approche de la ménopause, subit, du fait de l'irradiation,, une accélération de cette involution.

Henri VIGNES.

Hématocèle et fibrome. (BAUDET. Société de chirurgie de Toulouse, 24 mars 1922.

B. rappelle l'opinion exclusive et peut-être exagérée de Cestan, qui affirme que toujours l'hématocèle est produite par une

(*Voir la suite page* **368.**)

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérocoecique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTERO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphtérique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action empêchante ou retardante de l'ascite sur la glycosurie provoquée dans les cirrhoses,

Par MM. LOEPER et R. TURPIN

La glycosurie alimentaire dépend de deux facteurs : l'insuffisance de la fonction glycopexique du foie ; le déficit de la fonction glycolytique des tissus.

Ces deux facteurs entrent en jeu dans les cirrhoses, mais on ne saurait, malgré les tendances actuelles, réduire exagérément l'importance du premier au profit du second.

La glycosurie n'est pas toujours l'écho de l'accroissement du sucre sanguin et c'est au dosage du sucre du sang seul que l'on doit recourir pour apprécier exactement l'utilisation du glycose absorbé.

Chez l'homme normal, après ingestion de 50 gr. de glucose, l'élévation du sucre du sang est à peu près constante, mais elle est faible et passagère. Seule est pathologique une glycosurie importante et durable.

Quand elle est importante, elle prouve l'insuffisance du foie ; quand elle est durable, l'insuffisance des tissus.

L'hyperglycémie précoce des cirrhoses dépend certainement de l'inaptitude de la cellule hépatique à fixer le sucre ingéré. Mais elle dépend encore d'une autre cause, toute mécanique et circulatoire. Cette cause réside dans l'induration du tissu hépatique, dans le rétrécissement du calibre des vaisseaux portes et dans la gêne de la circulation entéro-hépatique qui en résulte.

Devant l'obstacle apporté par le foie à sa résorption par voie normale, le sucre, introduit par l'intestin sous forme de glucose, prend un chemin détourné ou plutôt emprunte une voie de suppléance. Cette voie de suppléance est connue : c'est l'anastomose porto-cave. Une partie du sucre se déverse donc tout droit dans la circulation veineuse générale et ne peut subir, par conséquent, l'action du parenchyme.

Tout obstacle portal agit de même, à la condition d'être lent et progressif.

Il nous a semblé intéressant de rechercher quelles pouvaient être les variations apportées par l'ascite à la glycémie et à la glycosurie dans les cirrhoses avec épanchement.

***

Avant d'étudier les effets de la glycosurie alimentaire, nous envisagerons tout d'abord, en dehors de toute ingestion provoquée, le sucre du sang chez les cirrhotiques ascitiques.

Nous le trouvons entre 0,57 et 1.22, chiffres souvent inférieurs à ceux que l'on obtient chez les hépatiques anascitiques. Bien plus ils sont d'autant plus élevés que l'ascite est moins abondante, d'autant moins que l'épanchement est plus considérable.

Voici les résultats obtenus :

	Volume.	Sucre du sang.
ascite	2 litres	1.22
ascite	5 litres	1.05
ascite	10 litres	1
ascite	10 litres	0.87
ascite	15 litres	0.57
ascite	18 litres	0.57

Cet abaissement relatif de la glycémie est compensée par l'élévation souvent assez notable du taux du sucre dans le liquide ascitique :

	Volume	Sucre du sang	Sucre de l'ascite par litre	Sucre de l'ascite total
ascite	2 litres	1.22	1.35	3.70
«	10 «	1	0.65	5.50
«	10 «	0.87	1	10
«	15 «	0.57	1.12	16.80
«	18 «	0.57	0.57	11.40

On peut s'étonner que, rapporté au litre, le taux du sucre ascitique ne soit pas toujours plus élevé que celui du sang, et qu'il se montre parfois égal et même inférieur à lui.

Mais c'est le taux du sucre total qui importe. Or on se convaincra aisément à la lecture du tableau ci-dessus que le sucre contenu dans la totalité de l'ascite est notablement plus abondant que le sucre contenu dans la totalité du sang, approximativement évalué à 5 ou 6 litres.

Ces résultats tendent à prouver qu'une partie du sucre de l'organisme se répartit ou s'accumule dans l'exsudat.

Le liquide ascitique est, en dehors de toute épreuve, le siège d'une *rétention sucrée*.

***

Cette rétention se manifestera surtout après administration de glycose « per os » à la dose de 50 gr.

Alors les courbes s'éloignent et la rétention est plus évidente.

Voici la technique que nous avons suivie : les malades sont placés dans les mêmes conditions d'alimentation et de boisson depuis plusieurs jours, et le taux respectif du sucre de l'ascite et du sang est évalué à jeun.

Puis on administre à une heure donnée 100 gr. de sirop de glucose contenant 50 gr. de glucose pur. On dose toutes les heures le sucre du sang et le sucre de l'ascite par la méthode de Bertrand ou de Follin, parfois même par les deux méthodes comparées (1).

Voici quelques-uns des résultats obtenus :

			Accroissement du sucre du sang après 3 heures	Accroissement du sucre ascitique après 3 heures	
				par litre	total
Obs. I	ascite	2 litres	+ 0.63	+ 0.73	+ 1.40
Obs. II	ascite	5 litres	+ 0.49	+ 0.56	+ 2.80
	ascite	10 litres	+ 0.41	+ 0.25	+ 2.50
Obs. III	ascite	15 litres	+ 0.40	+ 0.29	+ 3.35
Obs. IV	ascite	18 litres	+ 0.32	+ 0.17	+ 3.10

Trois conclusions s'imposent à la lecture de ce tableau : La première : que l'élévation du sucre du sang après ingestion de glucose est d'autant moins marquée que le volume de l'ascite est plus considérable ; la deuxième : que l'accroissement du sucre de l'ascite est assez parallèle à celui du sang ; la troisième : que ce parallélisme n'est qu'apparent et que, en fait, l'élévation globale du sucre ascitique est proportionnelle au volume de l'ascite et, dans les grands épanchements, infiniment plus élevé que la proportion supposée dans la totalité du sang.

***

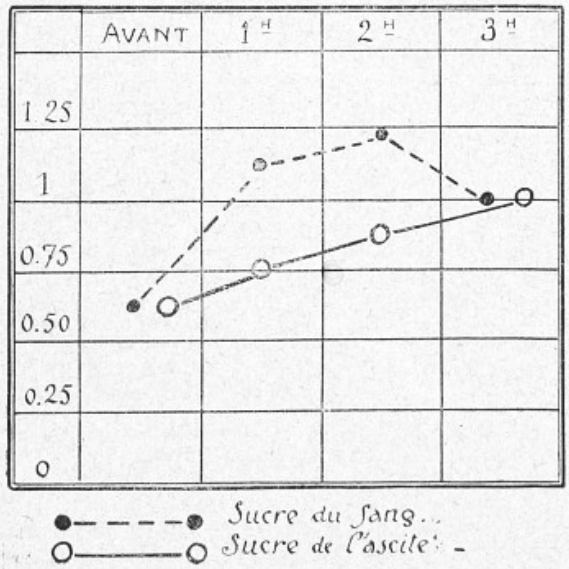
Pour expliquer ces variations, pour en suprendre le mécanisme, il faut faire intervenir deux processus diffé-

(1) La méthode de Bertrand donne des résultats un peu plus élevés que celle de Follin et la perte paraît moindre.

© BIU Santé

rents : la *diffusion initiale* du glucose absorbé dans l'épanchement et la *répartition secondaire* et plus tardive du glucose sanguin dans le liquide abdominal.

L'épanchement abdominal traduit en effet la gêne de la circulation porte ; il est placé sur le trajet de la veine porte, tout prêt à recevoir les substances qui l'encombrent.



Il représente d'autre part un grand champ d'épandage où, comme dans tout autre exsudat, pleural ou conjonctif, le sang de la circulation générale peut se débarrasser de son trop plein.

Pour mettre en valeur ces deux processus, il faut étudier l'heure d'apparition de l'onde sucrée dans le sang et dans l'exsudat.

Cette onde apparaît à la même heure dans les deux liquides ; dans un de nos cas même, elle est plus précoce dans l'ascite que dans le sang ; dans un autre, le taux du sucre contenu dans un litre de liquide est nettement plus élevé à une heure donnée que celui contenu dans le sang. Ces deux résultats donnent la preuve d'une diffusion initiale et qui ne peut dépendre que de la circulation porte et pas encore de la circulation générale.

D'autre part, la courbe d'ascension du sucre dans le liquide ascitique est plus durable que celle du sucre sanguin. Le cas suivant est très démonstratif :

Heures	Sucre du sang	sucre de l'ascite
avant	+ 0.58	+ 0.65
1 h.	+ 1.07	+ 0.67
2 h.	+ 1.10	+ 0.83
3 h.	+ 1.07	+ 0.94

Le taux du sucre ascitique s'élève encore, alors que le sucre sanguin commence à s'abaisser déjà, ce qui tend à prouver l'existence d'une répartition secondaire où ne peut intervenir que le mécanisme régulateur que nous avons invoqué jadis avec M. Achard.

Enfin le sucre disparaît moins vite dans le liquide ascitique que dans le sang ; 8 jours après l'épreuve, un de nos malades montrait encore l'accroissement constaté le premier jour.

Et ce fait est un argument en faveur de la non destruction du sucre ascitique et de sa rétention.

***

Quel que soit leur mécanisme, l'accumulation et la rétention du glucose dans le liquide ascitique sont patentes. Reste à voir l'influence qu'elles peuvent exercer sur la glycosurie.

Cette influence est ce que l'on devait attendre.

La glycosurie existe dans les petits épanchements comme elle existe après absorption de 50 gr. de glycose chez la plupart des cirrhotiques.

Elle fait défaut au contraire dans les grandes ascites de 10 à 20 litres :

		Volume	Glycosurie
Obs. I	ascite	5 litres	××
Obs. II	ascite	15 litres	0
Obs. III	ascite	18 litres	0

Bien plus, chez un même malade, la glycosurie, perceptible dès le début avec une ascite de faible volume, s'atténue jusqu'à disparaître au fur et à mesure de son développement. L'influence empêchante de l'exsudat ascitique sur la production de la glycosurie est certaine.

Le processus peut être discuté ; la part de l'exsudation initiale et de la diffusion secondaire peut difficilement être estimée, mais le fait pratique est indéniable. Et ces recherches viennent à point pour expliquer certaines contradictions ou certains échecs de l'épreuve de Colrat dans les cirrhoses.

La chlorose est-elle en voie de disparition ? Et pourquoi ?

Par **R. J. WEISSENBACH**,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Le 6 novembre 1923, dans une intéressante communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur la valeur sémiologique des souffles jugulaires dans le diagnostic des chloroses frustes, N. Fiessinger et Bidegarray faisaient remarquer que la chlorose, affection fréquente autrefois, devenait d'observation de plus en plus rare, et même exceptionnelle. Cette communication provoqua, dans les Sociétés françaises (1), la publication ou le rappel de constatations faites depuis vingt ans à Paris, en France et à l'étranger, confirmant en général cette opinion, et suscita des discussions sur les raisons à invoquer pour expliquer cette disparition.

E. Rist apporte le résultat de ses observations personnelles et celui des constatations étrangères. Dans son service de tuberculeux et son dispensaire, où passent en moyenne 5.000 malades par an, parmi lesquels on pouvait penser que bien des cas de chlorose viendraient s'égarer, Rist, malgré qu'il les recherche attentivement, n'en dépiste pas un cas depuis 1911.

Chauffard a constaté, comme Rist, la disparition à peu près complète de la chlorose vraie, dont il n'a pas observé un cas depuis dix ans. Achard depuis longtemps n'a pas vu un cas de chlorose dans son service hospitalier, alors qu'autrefois il s'en trouvait toujours dans toute salle de femmes. Même constatation est faite par Hallé, par Louis Ramond, par Marcel Pinard, ce dernier considérant la disparition de la chlorose, non comme une réalité, mais comme une apparence, résultant d'une transformation des conceptions médicales sur cette maladie.

G. Etienne dans son service de Nancy, cherchant, depuis 1914, des cas de chlorose pour reprendre ses recherches sur l'origine ovarienne de cette affection, n'en trouve pas un cas, même pendant les années de guerre, alors que de 1895 à 1898

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* séances du 9, 16 et 23 novembre, du 14 décembre 1923, du 25 janvier 1924. *Société Médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 15 janvier 1924.

© BIU Santé

il a pu en étudier une trentaine, dont les 17 cas de la thèse de J. Demange, observés sur une période de deux ans seulement.

A Lyon, Cordier, Mouisset, Leclerc, Gorin, Mouriquand, Dufourt, Gardère, Chalier, Rebattu, Bard, concluent de même à la raréfaction progressive des cas de chlorose, Chaton estimant toutefois que les formes légères sont encore fréquentes et Pallasse que le mot plus que la chose serait en voie de disparition.

Nous-même pendant que nous étudiions en 1912-1914 les propriétés biologiques du sérum et des hématies dans les états anémiques, qui firent l'objet de notre thèse, nous avons cherché, à titre de contrôle, des cas de chlorose typique et n'avons pu en trouver un seul.

La disparition de la chlorose est de même signalée à l'étranger, tant en Europe que hors d'Europe. Richard Cabot, cité pas Rist, au Massachusetts general hospital de Boston, voit les cas de chlorose tomber de 52 en 1899 à 1 en 1905, 3 en 1906. Les médecins américains qu'il a interrogés lui ont déclaré avoir fait même constatation. J. M. H. Campbell observe la diminution de la chlorose depuis 1903 et remarque que le nombre des cas est réduit à la moitié en 1910 et au quart en 1923. Gulland et Godall enregistrent le même phénomène dans leur Traité d'hématologie paru en 1912.

A Vienne, en 1912, Pollitzer, assistant de la clinique de Ortner, signale que la chlorose est devenu une rareté dans les services hospitaliers. En 1911, au dixième Congrès scandinave de médecine interne, Schaumann, de Helsingfors, publie les statistiques des hôpitaux de Stockholm, de Helsingfors et de Gothenburg, qui toutes mettent en évidence la diminution brusque de la chlorose au début du siècle.

En Suisse, Nœgeli fait la même constatation à Zurich, Roch et Bickel à Genève. Le tableau statistique des cas de chlorose traités à la clinique médicale, établi par année de 1898 à 1923, montre une diminution rapide de 10 ou 12 cas par an de 1898 à 1902, à un cas tous les deux ans de 1911 à 1923.

Mêmes constatations en Angleterre, en Allemagne. Pendant la guerre et malgré les mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires qu'elle réalisa, en particulier dans les empires centraux, la diminution de la chlorose fut constatée, comme le remarque Rist, en s'appuyant sur les constatations de Volhard.

Ces faits sont d'autant plus significatifs qu'ils sont observés dans les pays les plus divers, dans tous les milieux sociaux, clientèle aisée et clientèle hospitalière, et par des auteurs qui se sont occupés spécialement et avec une compétence reconnue des maladies du sang et particulièrement de la chlorose.

Le problème de la disparition de la chlorose est donc ainsi nettement posé, de même que celui des causes de cette disparition.

L'accord est presque fait entre les auteurs sur le premier de ces deux problèmes, mais il ne l'est pas sur le second. N. Fiessinger et Bidegarray viennent de consacrer à cette question un article récent (1). Nous en avons nous-même résumé les éléments dans notre ouvrage sur les *Anémies et leur traitement* (2). Etant donné l'intérêt de la question, nous voudrions en exposer ici les données principales, en envisageant successivement les deux aspects du problème : disparition de la chlorose et raisons de cette disparition.

***

1° La chlorose est-elle réellement en voie de disparition ?

Il peut paraître surprenant de poser cette question, à laquelle les faits et les constatations que nous avons énumérés au début de cet article semblent avoir apporté une réponse absolue et positive. Il n'en est rien cependant, car à la lecture attentive des faits publiés, on voit que les auteurs ont toujours fait, explicitement ou non, une distinction lorsqu'ils parlaient de chlorose. C'est la disparition des cas de « chlorose vraie », de « chlorose typique », de « chlorose grave », pour citer les termes même utilisés, qui a été signalée dans les diverses publications. Sous les apparences d'une question unique, deux questions différentes sont en réalité posées, les suivantes : 1° Il y a-t-il diminution réelle des cas de chlorose ou seulement apparence de diminution parce que des cas, étiquetés chlorose autrefois, sont aujourd'hui rangés dans un autre groupe des anémies symptomatiques. Sous une autre forme : devant des cas identiques, ne portons-nous plus aujourd'hui le diagnostic de chlorose qu'on aurait porté autrefois ? 2° S'il y a réellement diminution, cette diminution porte-t-elle sur l'ensemble des cas de chlorose ou seulement sur certaines formes de l'affection et précisément les plus typiques ?

L'étude des faits permet de répondre à ces deux questions. Mais notons de suite qu'une telle discussion n'est possible à propos de la chlorose que parce que la définition même et surtout la délimitation de l'affection sont imprécises, par défaut d'une étiologie et d'une pathogénie démontrées. Certains admettent exclusivement comme cas de chlorose ceux dans lesquels on retrouve les caractères étiologiques, symptomatiques et hématologiques suivants. 1° Au point de vue étiologique, l'affection apparaît chez la jeune fille, pendant la période de la puberté. 2° Au point de vue symptomatique, elle se traduit par la teinte jaune verdâtre, cireuse, des téguments, plus ou moins accentuée suivant les cas, sans amaigrissement, avec bouffissure de la face et œdème élastique des malléoles, des troubles respiratoires et cardio-vasculaires des troubles digestifs et toujours des perturbations des fonctions menstruelles. 3° Au point de vue hématologique, l'affection est caractérisée par une diminution toujours nette et souvent considérable de l'hémoglobine avec une diminution du nombre des globules rouges nulle, faible ou moyenne, mais, dans tous les cas toujours proportionnellement moindre que celle de l'hémoglobine, d'où résulte un abaissement constant et souvent accentué de la *valeur globulaire*, ou teneur de chaque globule en hémoglobine. Ce caractère, qui oppose les chloro-anémies aux anémies globulaires par déficit prédominant du nombre des globules rouges, envisagé dans sa constance au cours de l'évolution de la maladie et dans son accentuation, est le stigmate qui traduit le mieux le trouble spécial qui est à la base de la chlorose : la perturbation apportée dans le métabolisme du fer et l'élaboration de l'hémoglobine.

D'autres, faisant seulement état, soit des caractères symptomatiques, soit des caractères hématologiques, considèrent comme cas de chlorose des faits de chloro-anémie observés chez la femme en dehors de la période de la puberté, observés même chez l'homme, chez l'adolescent, chez l'enfant et certains même, poussant cette tendance à l'extrême, toutes les chloro-anémies dont la cause n'est pas évidente et même un grand nombre de chloro-anémies symptomatiques.

Il est bien certain que l'accord ne pourra se faire que lorsque l'étiologie et la pathogénie de la chlorose des jeunes filles seront élucidées et que sera résolue la question des rapports qui unissent la chlorose des jeunes filles et les autres chloro-anémies. Le travail de dissociation qui est en cours actuellement et dont l'étude de la chlorose des nourrissons, ou oligosidérémie de Jolly, Rist, Hallé et Guillemot, constitue un exemple excellent, montre quelle est la voie dans laquelle s'oriente le problème.

Quoi qu'il en soit, c'est bien la chlorose des jeunes filles dont la disparition est actuellement notée, et dont il s'agit de savoir si la disparition est apparente ou réelle. Marcel Pinard pense que la raréfaction des cas de chlorose n'est qu'une apparence, exemple nouveau des maladies qui disparaissent devant une conception médicale qui se transforme. Chaton et Pallasse, comme nous l'avons vu, sans être aussi formels, ne sont pas éloignés de partager cette manière de voir.

Si on relit, comme nous l'avons fait, les observations anciennes, il n'y a pas de doute qu'un certain nombre d'entre elles ne concernent pas des cas de chlorose et qu'aujourd'hui on rangerait ces faits dans un des groupes d'anémies ou de chloro-anémies symptomatiques.

Cette cause d'erreur, dans l'appréciation de la fréquence de

◆

(1) N. Fiessinger et M. Bidegarray. — La chlorose est devenue une maladie exceptionnelle. Quelles sont les causes de sa disparsition. *Journal des Praticiens*, n° 12, 22 mars 1924.

(2) R.-J. Weissenbach. — Les anémies et leur traitement. *Collection Les grands syndromes*. Gaston Doin, éditeur. 1924.

© BIU Santé

la chlorose porte, d'après nous, sur deux groupes de faits où elle joue un rôle inégal, important dans le premier, et faible dans le second.

Elle porte en premier lieu sur les cas de chlorose à symptômes atypiques. A la lecture, un grand nombre des observations publiées apparaissent avec évidence, par la notation de détails cliniques, comme des faits d'anémies symptomatiques d'étiologie diverse, plus particulièrement de septicémie et d'endocardite maligne à évolution lente. Mais il s'agit là de faits rares et exceptionnels, même à l'époque où la chlorose était considérée comme fréquente.

Le deuxième groupe de faits réunit les cas de chlorose moyenne ou légère, mais typiques dans leur symptomatologie. S'il est vrai que de ce groupe, un certain nombre de cas publiés rentrerait aujourd'hui dans les chloro-anémies symptomatiques, il faut reconnaître que la plupart d'entre eux, sous réserve des résultats d'examens nouveaux de laboratoire, seraient, aujourd'hui au même titre qu'autrefois, considérés comme des cas authentiques de chlorose des jeunes filles. Si on diagnostique moins souvent la chlorose, c'est donc bien que les cas typiques ont diminué de fréquence. La chlorose, dans ses formes moyennes tout au moins, et nous reviendrons dans un instant sur ce point, a diminué de fréquence. Cette diminution est réelle, elle n'est pas seulement une apparence, résultant de l'évolution des conceptions médicales.

Si la disparition progressive de la chlorose est un fait réel, il s'en faut que cette disparition porte sur toutes les formes de chlorose. Ce sont les formes moyennes et graves, les chloroses typiques qui sont devenues d'observation exceptionnelle. Les chloroses légères et surtout les chloroses frustes sont fréquemment rencontrées, pourvu qu'on ait l'attention attirée sur elles et qu'on les recherche avec soin par l'examen clinique et l'examen hématologique.

A défaut de chloroses typiques, ce sont ces cas de formes frustes que nous avons observés lors de nos recherches de 1912-1914. Nous en avons très fréquemment rencontré depuis. C'est à N. Fiessinger que revient le mérite d'avoir insisté sur l'existence et l'importance de ces formes, et sur les difficultés de leur diagnostic. Il a surtout montré l'importance des renseignements que peut apporter pour le diagnostic de ces chloroses frustes, l'observation des souffles jugulaires dont l'existence serait, pour lui, constante, caractéristique et de découverte facile. Ces souffles sont observés chez des malades qui n'ont pas objectivement l'aspect des chlorotiques, mais qui présentent seulement un peu de pâleur des muqueuses, la pâleur de l'oreille, des troubles fonctionnels divers, troubles digestifs, troubles circulatoires, troubles menstruels, névralgies, fatigue générale. Sans dénier toute valeur sémiologique aux souffles veineux, nous ne les considérons pas comme pathognomoniques de la chlorose, car on les observe dans d'autres variétés d'anémies et même en dehors des anémies, chez les enfants en particulier. C'est à l'examen hématologique que nous demandons réponse en dernier ressort et c'est à lui qu'il faut toujours recourir, en utilisant, bien entendu, une technique précise et sensible surtout pour le dosage de l'hémoglobine (1). L'examen hématologique montre dans ces cas un taux de l'hémoglobine abaissé, toujours inférieur à 80 %, le plus souvent situé entre 60 et 70 %, avec des taux globulaires oscillant autour de 4.000.000 par millimètre cube, ce qui fait que la valeur globulaire est inférieure à la normale, variant entre 0,70 et 0,85. Les bons effets du traitement de la chlorose et en particulier ceux de la médication martiale, associée aux prescriptions hygiéniques, viennent d'ailleurs apporter une preuve complémentaire de la vraie nature de ces formes frustes de chlorose.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que, si le nombre des cas observés de chlorose typique, moyenne ou grave, va diminuant progressivement depuis le début du siècle, on le doit aux deux facteurs suivants : l'un, d'importance minime, la plus grande rigueur apportée dans le diagnostic entre la chlorose et les diverses anémies ou chloro-anémies symptomatiques ; l'autre, facteur capital, la diminution réelle des cas de chlorose typique.

Les formes légères ou frustes s'observent encore couramment, si on sait les rechercher. Mais leurs caractères mêmes et leur méconnaissance, parfois, font qu'il n'est pas possible de savoir si les cas en sont moins ou plus fréquents qu'autrefois.

***

2° Quelles sont les causes de la disparition des formes typiques de la chlorose ?

Il est beaucoup plus difficile de répondre d'une manière précise à cette deuxième question.

Les opinions les plus différentes ont été émises à ce sujet ; aucune n'est étayée sur des preuves décisives. En réalité, les explications fournies ne sont que des hypothèses. La raison de ces divergences est la suivante : si on définit déjà difficilement les frontières de la chlorose, le désaccord est à peu près complet sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection, même limitée à la chlorose des jeunes filles. Au point de vue étiologique, si on excepte les conditions d'âge, de sexe et de prédisposition héréditaire similaire, sur lesquelles l'accord est unanime au moins pour les formes typiques, les causes qui sont invoquées comme entraînant l'apparition de la chlorose constituent en réalité une énumération de toutes les causes toxiques, infectieuses, dystrophiques et évolutives qu'on peut retrouver, ou presque, en pathologie et dont la hiérarchisation est variable suivant les conceptions pathogéniques de chaque auteur. En fait, il ne s'agit là que de causes prédisposantes ou occasionnelles, dont l'influence est indiscutable, et non de causes déterminantes ou du moins de causes dont le rôle déterminant reste à démontrer.

Nous allons passer en revue les causes qui ont été envisagées comme facteur de disparition de la chlorose et en discuter la valeur.

Cordier s'est demandé si le nombre important de chloroses observé dans la période 1880-1900 n'a pas eu pour cause un *agent anémiant méconnu, parasitaire ou toxique*. Cette hypothèse a contre elle tous les arguments déjà fournis contre l'origine infectieuse de la chlorose d'une part, et d'autre part ne s'appuie sur aucun argument positif.

Si la *tuberculose* jouait un rôle direct dans la production de la chlorose (mises à part les chloro-anémies de la tuberculose confirmée), celle-ci ne serait pas en voie de régression, car la tuberculose n'a pas diminué de fréquence. On ne pourrait invoquer, comme le fait Fiessinger, que la diminution du rôle indirect de la tuberculose, en particulier dans les foyers familiaux, par le développement de la prophylaxie sociale.

La *syphilis*, héréditaire surtout, a été souvent invoquée comme facteur de prédisposition par l'atteinte des organes hématopoiétiques et des glandes à sécrétion interne. On ne saurait prétendre que la syphilis est moins fréquente qu'autrefois, mais le traitement antisyphilitique s'est prodigieusement enrichi et perfectionné, il est appliqué avec plus de méthode et les progrès ainsi réalisés ont certainement diminué les manifestations éloignées de la syphilis acquise et héréditaire.

Si on passe en revue les autres *infections aiguës ou chroniques* et les *intoxications* (alcoolisme en particulier), il ne semble pas que des modifications essentielles dans leur fréquence se soient produites, susceptibles d'influer directement sur l'extension de la chlorose.

Avec l'*alimentation* on aborde l'étude d'une cause de diminution de la chlorose qui mérite de retenir plus longtemps l'attention. Dans les milieux populaires, spécialement dans les milieux ouvriers, l'alimentation a été depuis trente ans plus abondante et plus variée. La viande, les aliments riches en fer, figurent plus souvent sur la table. L'alimentation des enfants en particulier s'est sensiblement améliorée. L'adolescent, lorsqu'il travaille surtout, s'alimente mieux qu'autrefois.

(1) Notre pratique nous a montré que les méthodes de dosage de l'hémoglobine qui utilisent des papiers absorbants sont très infidèles. Les procédés de chromométrie directe de Hayem, Gowers, Sahli sont les meilleurs. Les résultats les plus précis nous ont toujours été donnés par la méthode et l'appareil de Sahli (chlorhydrate d'hématine).

© BIU Santé

Rist fait toutefois remarquer que si l'alimentation jouait un rôle prépondérant dans l'étiologie de la chlorose on aurait dû observer une recrudescence de cette affection au cours de la dernière guerre, parmi les populations des Empires centraux, dont l'alimentation a été notoirement insuffisante, alors qu'il n'en fut pas ainsi. Etienne signale aussi que pendant la guerre, à Nancy, le rationnement alimentaire, même joint aux autres causes, insomnies fréquentes, séjour dans les caves, travail intensif des jeunes filles ne fit pas réapparaître la chlorose. Ces objections peuvent ne pas être décisives, car le rationnement fut très variable suivant les lieux considérés, il fut souvent partiel portant tantôt sur la viande, tantôt sur les aliments frais, et surtout la durée de ces restrictions, si longue qu'elle ait pu paraître à ceux qui les subirent, ne fut pas telle qu'elle ait dû nécessairement provoquer l'apparition de la chlorose. On sait depuis longtemps, en effet, par l'observation et l'expérimentation que la restriction alimentaire n'agit que fort peu sur l'état du sang et l'hématopoièse, si certaines conditions ne sont pas réalisées. Ces conditions sont avant tout: 1° le caractère électif de la carence, fer, dans le cas envisagé ; 2° son intervention à un moment particulier du développement de l'être, comme le démontrent les faits de chlorose ou oligosidérémie des nourrissons ; 3° la nécessité de son intervention très prolongée, quand la carence élective n'est pas absolue ou qu'elle frappe des enfants plus âgés, *a fortiori* des adolescents.

L'amélioration des *conditions hygiéniques générales* réalise peut-être une cause encore plus importante de la disparition de la chlorose. L'observation médicale traditionnelle mettait, semble-t-il à juste titre, au premier rang des causes prédisposantes ou occasionnelles de la chlorose : 1° le surmenage physique des enfants et des adolescents, suivant la classe sociale : travail manuel exagéré en importance et en durée, préparation d'examens, bals, soirées, veilles prolongées ; 2° le séjour, pour le travail, dans des lieux confinés, mal aérés et mal éclairés, privés en particulier de la lumière du jour et le séjour, pour le sommeil, dans des lieux confinés et sans aération.

A ces différents points de vue, s'il reste encore beaucoup à faire, de grands progrès ont été réalisés, les uns sous l'influence d'obligations légales, les autres sous l'influence de l'évolution des idées. La réglementation du travail des enfants et des adolescents, dans les usines, les ateliers et en dehors de ceux-ci ; l'aménagement plus hygiénique des usines et ateliers ; l'amélioration matérielle du sort des jeunes domestiques parmi lesquelles se recrutaient tant de cas de chlorose, en sont des facteurs importants. La propagande faite par les partisans de la régénération physique par la pratique des sports, l'exercice et la vie au grand air et, par conséquent, à la lumière a manifesté des effets surtout depuis un quart de siècle, tant dans le peuple que dans les classes aisées, chez les garçons et même chez les filles. L'entrée à un âge plus avancé à l'usine ou à l'atelier, la diminution des heures de travail, un travail souvent moins dur, l'élévation des salaires en particulier dans l'apprentissage, ont permis directement ou indirectement l'amélioration des conditions d'alimentation et d'hygiène individuelle, précisément pendant la période où le défaut de celles-ci favorisait le développement de la chlorose.

Il est, enfin, un dernier facteur, important à nos yeux, de la diminution des cas de chlorose typique, grave ou moyenne, qui tient à un *diagnostic plus précoce* de l'affection et aussi à une meilleure connaissance et une application plus stricte *du traitement*, qui empêchent les formes légères de s'aggraver. La constatation, sur laquelle nous avons insisté, de la diminution des cas de chlorose typique, mais de la persistance, sinon de l'augmentation, des cas de chloroses légères ou frustes est un argument en faveur de cette hypothèse.

Le diagnostic de la chlorose est posé plus précocement pour diverses raisons. Les malades de la clientèle hospitalière viennent plus volontiers et plus tôt qu'autrefois consulter pour des troubles, qui sont le plus souvent les signes prémonitoires de l'affection, tels les troubles menstruels. Les malades de la clientèle aisée croient moins qu'autrefois aux bons effets des toniques divers qu'on employait avant de faire appel au médecin et qui avaient pour principal effet d'aggraver les troubles digestifs et indirectement le trouble sanguin. L'emploi des méthodes hématologiques plus généralisé permet de dépister plus tôt les caractères spéciaux de la chlorose.

Il découle de ce diagnostic précoce une application plus précoce du traitement, qui est en outre mieux connu et plus strictement ordonné. Les deux éléments en sont la médication martiale, depuis longtemps en usage, et le repos. Celui-ci, aussi important que l'emploi du fer, n'est entré dans la pratique universelle que depuis que Hayem en a démontré la valeur. Auparavant on prescrivait aux chlorotiques l'exercice, la marche, la gymnastique, les distractions, qui, malgré la médication martiale aggravaient leur état. Autant ces agents sont efficaces pour obtenir un bon développement physique et prévenir la chlorose, autant ils sont néfastes lorsque celle-ci est déclarée.

On voit, par cet exposé, que toute une série de facteurs peuvent être invoqués pour expliquer la disparition de la chlorose typique. Mais leur association a-t-elle été nécessaire ou l'action d'un seul d'entre eux a-t-elle été suffisante, et, dans ce cas, quel est celui qui mérite d'être retenu. L'ignorance où nous sommes de la cause déterminante et de la pathogénie de la chlorose rend toute réponse incertaine. Il en est de la chlorose comme de toutes les affections dont l'étiologie et la pathogénie ne sont pas élucidées. En supprimant les causes accessoires, prédisposantes ou occasionnelles, en mettant l'organisme dans les meilleures conditions de développement et de fonctionnement, on atténue, si on ne supprime pas, les effets de la cause déterminante inconnue. C'est peut-être ce que réalisent les modifications des facteurs étiologiques que nous venons d'étudier et qui ne seraient que des facteurs étiologiques accessoires. Peut-être aussi que, parmi eux, nous ne distinguons pas encore celui dont les variations ont été seules décisives et qui est la véritable cause déterminante de la chlorose.

***

L'étude des faits que nous venons d'exposer, les discussions qu'ils ont suscitées, les réflexions que celles-ci suggèrent sont intéressantes à divers titres. Contentons-nous de conclure, de cet ensemble, à la disparition des cas de chlorose typique, moyenne ou grave, mais à la persistance des formes légères et frustes, dont la connaissance est d'un grand intérêt pratique tant au point de vue du diagnostic que du traitement. L'étude critique des causes de cette disparition sera peut-être le moyen détourné qui permettra de préciser la véritable étiologie de la chlorose et d'établir la pathogénie de cette affection.

Le liquide céphalo-rachidien dans les méningites syphilitiques,

Par E. SCHULMANN et E. TERRIS.

Les recherches biologiques et expérimentales de ces vingt-cinq dernières années ont bâti pour ainsi dire de toute pièce l'édifice de la méningite syphilitique. L'étude des seules formes scléro-gommeuses était, en effet, abordée au siècle dernier. La première observation, due à Vidal de Cassis, date de 1859 ; elle est loin d'entraîner une conviction unanime, Zambacco et Lagneau rejettent absolument la notion de pie-mérite, tandis que Gros et Lancereaux s'y rallient. Bouchard, en 1873, apporte une série de cas typiques où cependant est âprement discutée l'origine première des lésions gommeuses ou scléro-gommeuses, souvent associées à de l'artérite. En attendant des données plus précises, beaucoup de cliniciens restent dans une prudente expectative. Certains auteurs attribuent parfois à une infection banale surajoutée les accidents décrits, mais les observations de méningite syphilitique se multiplient, apparaissent de plus en plus indiscutables (Mauriac, Eubner, Pic et Regnaud, Teissier et Roux). La rareté du con-

© BIU Santé

trôle anatomique empêche à chaque instant la vérification des hypothèses cliniques, aussi la découverte du cyto-diagnostic amène-t-elle une ère nouvelle et la transformation complète du tableau objectif des accidents méningés de la vérole.

La période humorale éclôt en 1900 à la suite du mémoire capital de Widal, Sicard et Ravaut. Ces auteurs étudient d'abord les réactions cytologiques du liquide rachidien au cours des processus syphilitiques chroniques, du tabes et de la P. G. particulièrement. En 1902, Widal et Le Sourd publient la première observation de méningite syphilitique aiguë avec examen liquidien, et depuis lors innombrables sont les travaux consacrés à l'étude des réactions sérologiques spécifiques. Citons en France, au premier rang, les noms de Milian, Jeanselme et ses élèves, Guillain, Léri, Crouzon. Aux examens cytologiques viennent s'ajouter les données cliniques et sérologiques : recherche de l'hyperalbuminose rachidienne, accessoirement de la glycorrachie, pratique de la réaction de Wassermann et des précipitations colloïdales (or, mastic, benjoin). Par ces investigations sans cesse plus intimes vis-à-vis du processus syphilitique, les méningites frustes et même latentes sont décelées ; de même à chaque pas peut être appréciée l'évolution de l'infection. Nous n'aurons en vue, parmi les travaux innombrables consacrés à la question capitale des méningites syphilitiques, que les faits primordiaux, et successivement nous envisagerons les formes frustes, aiguës puis chroniques, au cours de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire. Mais, auparavant, nous étudierons le liquide céphalo-rachidien, dont l'examen est la base du diagnostic posé et le guide le plus sûr de la valeur de la thérapeutique employée.

I. — Les signes humoraux des méningites syphilitiques.

L'examen du liquide céphalo-rachidien domine l'histoire clinique des méningites syphilitiques, examen non seulement cytologique, mais aussi chimique et sérologique. Nous verrons ultérieurement qu'à la ponction lombaire, nous pourrons demander à chaque instant une confirmation de l'état somatique ou un témoignage de l'évolution clinique :

1° Aspect physique du liquide :

Habituellement, le liquide retiré est *clair et limpide*, aussi bien au début qu'aux phases ultimes de l'irritation méningée ; quelquefois le ton est *moiré* (Nageotte), indice d'une hyperleucocytose importante ; exceptionnellement l'aspect, est *louche* par exagération considérable du nombre des leucocytes, et même franchement puriforme par suite d'hyperhémie méningée qui favorise la diapédèse des éléments à travers les vaisseaux (Widal, Debove, Lemierre et Boidin). Le tube obtenu peut encore être *jaune* dans certains cas, *xanthochromique*, la cause semble en devoir être rapportée à une coagulation massive du liquide par symphyse méningo-médullaire et blocage du cône dural (Launois, Froin).

Ainsi donc, sauf très rares exceptions, une ponction qui accuse une purulence plaide en principe pour un épisode aigu de nature différente ; il est de même exceptionnel, sauf complication associée, de rencontrer un liquide sanglant rouge ou rosé.

2° Tension du liquide :

Au début de l'irritation méningée, il existe souvent une *hypertension* notable dépassant 30 mm. en position assise et 20 mm. en position couchée à l'appareil manométrique de Claude. Ce peut être un symptôme isolé, qui explique la céphalée, ne s'accompagnant que d'une réaction cellulaire des plus frustes. Cette tension exagérée peut durer longtemps, survivre aux désordres cytologiques et on a même voulu attribuer à sa *persistance* une valeur pronostique. On a également accordé une importance diagnostique à l'hyperalbumine, même modeste, associée à un certain degré d'hypertension rachidienne avec parfois présence de grandes cellules uninucléées.

3° Réaction cytologique.

Il existe avant tout, dans la plupart des cas, une *lymphocytose* dont l'importance est capitale. On peut utiliser pour la recherche la cellule de Nageotte-Lévy-Valensi, modifiée par N. Fiessinger, ou bien faire un examen direct extemporané ou après centrifugation. La première méthode est plus rapide, mais elle peut laisser échapper des lymphocytoses importantes, les éléments ayant une certaine tendance à s'agglutiner ; la seconde pratique est beaucoup plus approximative dans ses résultats, mais les différences les plus légères ne peuvent passer inaperçues.

Le taux lymphocytaire moyen d'une méningite syphilifique habituelle est de 15 à 20 éléments par champ ; le Pr Jeanselme et P. Chevallier distinguent cinq degrés aux réactions cellulaires :

Lymphocytose d'alarme : moins de 5 lymphocytes ;
Lymphocytose faible de 5 à 10 lymphocytes,
Lymphocytose moyenne de 10 à 25 lymphocytes,
Lymphocytose forte de 25 à 40 lymphocytes,
Lymphocytose énorme au dessous de 40 lymphocytes.

Exceptionnellement, on peut noter une *polynucléose*, par exemple à la période de début des méningites aiguës secondaires et même tertiaires ; cette réaction est passagère, elle est bientôt suivie d'une lymphocytose d'ordinaire très abondante. La polynucléose se voit encore dans certains cas de méningite subaiguë ou chronique, ne s'accompagnant pas d'hyperalbuminose (Euzière, Derrien et Roger) ; les éléments multinucléés sont alors normaux, sans modifications picnotiques, alors que, dans certains liquides puriformes, les polynucléaires observés sont, au contraire, déformés et en voie de transformation.

Il existe encore des réactions cytologiques, *à formule mixte*, constituées par divers ordres d'éléments : cellules endothéliales, grands mononucléaires, polynucléaires neutrophiles, plasmazellen (Ravaut). Certains auteurs ont voulu voir dans ces formules mixtes et suivant la prédominance de telle ou telle cellule, une valeur pronostique de la réaction méningée : les formules où abondent les polynucléaires neutrophiles et les plasmazellen sont rencontrées surtout dans les phases de début ou de poussée, les grandes cellules endothéliales apparaissent dans les formes torpides ou aux périodes de déclin.

La lymphocytose apparaît donc comme le témoignage pour ainsi dire constant de la méningite : très précoce, parfois elle traduit le premier symptôme de la septicémie syphilitique ; oscillant durant le traitement selon l'action thérapeutique, elle peut persister très tardivement et demeurer le dernier vestige d'une réaction méningée fort ancienne (lymphocytose résiduelle passive de Sicard).

Au cours des méningites chroniques, Sézary a tenté d'accorder aux différentes réactions cellulaires une signification particulière, il distingue cinq cas :

1° *Leucocytose chronique secondaire latente* ; lymphocytose latente cliniquement isolée et modifiable par le traitement ;

2° *Leucocytose chronique tertiaire* ; lymphocytose liée à des lésions cérébro-méningées de sclero-gomme, s'abaissant sous l'influence thérapeutique, mais incomplètement ; il persiste une réaction souvent irréductible sur laquelle le bismuth ne paraît pas agir.

3° *Leucocytose résiduelle de Sicard* : témoin ultime et incurable de la lésion méningée, qui traduit le reliquat cicatriciel d'une action éteinte. Peut-être à la longue y a-t-il disparition de l'épine, à moins qu'elle ne réapparaisse de plus belle avec une nouvelle poussée congestive.

4° *Leucocytose dite « parasyphilitique »* : réaction souvent abondante, très variable dans son évolution, peu influencée par la thérapeutique, ne disparaissant jamais, quelquefois reflet de lésions de méningo-encéphalite ou de méningo-myélite ; parfois poussées subaiguës avec présence de grands mononucléaires, plus rarement de polynucléaires.

5° *Leucocytose isolée*, incurable, moyenne, ne répondant à aucune lésion nette de l'axe cérébro-méningé, soit due à une lésion très ancienne et cicatrisée, soit symptôme initial préclinique d'une méningo-encéphalite ou méningo-myélite encore méconnue. Le traitement est sans aucune action.

4° Réactions chimiques :

L'élément chimique dont la recherche est capitale est l'al-

© BIU Santé

bumine dont la teneur moyenne est de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 p. 1.000. Toute quantité supérieure à 0 gr. 30 peut être considérée comme pathologique. L'*hyperalbuminose* apparaît comme presque constante au cours des méningites syphilitiques (95 %) (Widal, Sicard et Ravaut, Guillain et Parent, Milian et Lévy-Valensi). Plusieurs méthodes ont été proposées pour sa recherche par Sicard et Cantaloube, Marcel Bloch, Ravaut et Boyer.

L'hyperalbuminose peut être moyenne (0 gr. 30 à 0 gr. 60), forte (0 gr. 70 à 1 gr.), énorme (de 1 gr. à 2 gr. et au-dessus). Nous verrons plus loin qu'il existe le plus souvent un rapport proportionnel entre le degré de la lymphocytose et le taux albumineux. La présence de cet excès d'albumine pose par ailleurs de nombreux problèmes pathogéniques : est-elle d'origine directement sanguine (Kafka), et relève-t-elle d'une réaction générale ? Est-elle seulement la traduction d'une réaction locale, d'origine lymphocytaire (Bäck, Nisse) ? N'est-elle pas tout simplement le résultat d'une irritation méningée, véritable exsudation, comme le fait est prouvé pour les autres séreuses de l'organisme ? La constitution même de l'albumine est très discutée, regardée par les uns (Noguchi et Nonne), comme une globuline ; pour d'autres, c'est un mélange de globuline et de sérine (Baudoin et François, Ch. Foix et M. Bloch, Babonneix et Javilliers, Sicard et Cantaloube), de là son étude par diverses réactions : R. de Noguchi à l'acide butyrique, R. de Nonne et Apelt au sulfate d'ammoniaque.

Nous verrons plus loin l'importance de l'interprétation de l'hyperalbuminose rachidienne dans le pronostic des méningites syphilitiques. Disons ici qu'elle peut être une manifestation monosymptomatique et qu'il faut s'assurer avant tout qu'aucune autre cause que la vérole n'est en jeu : dissociation albumino-cytologique de Sicard et Foix par compression médullaire, syndrome d'hypertension intra-crânienne (Claude et Rouillard), commotion cérébrale (Guillain), hémorragie cérébrale ou méningée (Dufour et Thiers), lésion méningo-encéphalique aiguë due au méningocoque, à l'encéphalite épidémique, à la trypanosomiase, etc. S'il n'existe chez les sujets aucun signe nerveux et que la maladie soit de date récente, on s'efforcera de réduire l'anomalie chimique ; si la syphilis est de date ancienne, le pronostic de l'hyperalbuminose isolée est d'autant moins menaçant qu'on est plus loin des accidents initiaux. Une lésion éteinte peut laisser dans le liquide un excès d'albumine et demeurer rebelle à toute tentative thérapeutique (Sicard, Sézary, M. Bloch et Vernes, Ravaut et Rabeau). Exceptionnellement cependant, à une hyperalbuminose définitive peuvent se surajouter ultérieurement des lésions discrètes d'artérite ou de pachyméningite hémorragique.

La recherche des *chlorures*, de l'*urée*, des *cendres*, de l'*extrait sec* demeure sans intérêt ici. Mestrezat a montré que les différents résultats s'écartaient peu de la normale et que l'utilité de leur dosage n'apparaissait que dans de très rares éventualités de diagnostic différentiel, principalement avec la méningite tuberculeuse.

Le *sucre*, plus intéressant à estimer, n'apporte pas, lui non plus, de criterium essentiel ; facilement étudié grâce aux nouvelles méthodes de microdosage, il est extrêmement variable pour M. P. Weill, plus lié à des lésions endocrines ou des centres nerveux qu'à des lésions méningées.

La glycorrachie sera peut être utile pour éliminer le diagnostic d'encéphalite épidémique où elle se trouve particulièrement accrue.

5° Réactions biologiques.

La *réaction de Bordet-Wassermann*, avec ses nombreuses variétés de techniques qui la rendent plus ou moins sensible, est d'une importance capitale chaque fois qu'une irritation méningée d'origine syphilitique peut être invoquée. La recherche de la déviation du complément dans le liquide céphalo-rachidien donne des résultats beaucoup plus précis que dans le sang, où l'énorme quantité d'albumine et d'hémolysine constitue une gêne et une cause d'erreur ; les deux réponses, nous le verrons, peuvent d'ailleurs être différentes. Sa constatation est un critérium de certitude de la neuro-syphilis (Sicard) ; les exceptions à cette règle sont rarissimes : certains liquides hyperalbumineux au cours de compressions cérébrales ou médullaires non syphilitiques (Cl. Vincent) ; souvent même à une seconde ponction, la réponse devient négative.

Le parallélisme de la réaction de W. avec les autres anomalies du liquide céphalo-rachidien est habituel, son intensité est proportionnelle à la réaction méningée (Jeanselme).

Si sa présence a une valeur réelle, son absence n'implique nullement l'inexistence d'une lésion méningée d'origine spécifique. Le fait est prouvé par la possibilité de réactiver une réaction par la méthode de Milian. La réaction de Wassermann et les modifications liquidiennes peuvent-elles exister sans symptômes cliniques nerveux ? Sicard le nie, Ravaut le croit. En tous cas, le traitement a une action incontestable dans la plupart des formes et principalement dans les cas aigus ou subaigus où le résultat passe de H_0 à H_8. Avec de la patience, on arrive à « réduire » le Wassermann rachidien sauf dans la P. G. où la réaction s'est montrée jusqu'ici pratiquement irréductible (Sicard, Jeanselme, et M. Bloch).

Nous avons dit que la réaction de Wassermann typique pouvait être rendue plus sensible, variété Hecht ; plus précoce mais moins spécifique, variétés Des moulière, Calmette et Massol où les antigènes varient. Il n'apparaît pas que cette réaction soit fonction, ni du degré de lymphocytose (Pappenheim), ni de l'augmentation de la globuline (Noguchi), ni enfin de l'hyperalbuminose.

En tous cas, la réaction n'est pas spécifique au sens immunologique puisqu'on peut substituer un extrait de foie normal à l'extrait de foie syphilitique. Les travaux de Hirschfeld et Klinger, Levaditi et Yamamouchi, Porgès, ont établi que la réaction est un phénomène physico-chimique dû à la présence dans les humeurs des syphilitiques de complexes qui, en présence de certaines substances, précipitent et déterminent la fixation du complément.

A ce même principe, il faut joindre les nombreuses *méthodes proposées de précipitation de substances colloïdales.*

a) *Réaction à l'or colloïdal de Lange.* La solution, normalement rouge vif, peut devenir bleue sous l'action de précipités de couleur différente, ainsi serait faite une possibilité de distinction entre une réaction de P. G. faible et une réaction de syphilis cérébrale forte, avec, entre les deux, la réaction de méningite moyenne. Ce test qui serait d'apparition précoce et influençable par le traitement, a été bien étudié par Haguenau, il est minutieux de manipulation, délicat d'interprétation et donne parfois des réponses paradoxales.

Signalons encore parmi les nombreux procédés de diagnostic analogues :

b) La *réaction à la gomme-mastic* (Emmanuel).

c) La *réaction à l'acide phénique* (Pandy).

d) La *réaction à l'élixir parégorique* (Targowla).

e) La *réaction au soufre colloïdal* (Pomaret, etc.).

f) La *réaction au benjoin colloïdal* de G. Guillain, Laroche et Léchelle. Cette dernière méthode, qui utilise l'émulsion et la précipitation du benjoin colloïdal par des doses proportionnellement croissantes du liquide céphalo-rachidien, mérite de retenir l'attention en raison de sa simplicité et de la valeur de ses résultats. Jadis, pour la réaliser, 16 tubes étaient nécessaires ; dans une nouvelle technique 5 tubes suffisent. L'intensité de la réaction paraît parallèle à l'acuité du processus et il y a concordance habituelle avec le Wassermann. Pratiquement, la réponse est négative en dehors de la vérole (les liquides de méningites suppurées ou hémorragiques mis à part), de rares exceptions ont seulement été observées dans l'encéphalite épidémique et surtout dans la sclérose en plaques.

Divers savants, à la suite des travaux de Sachs et Georgi, de Meinike, ont tenté de rendre plus précises les méthodes précipitantes, l'agglutinoscope de Zeiss a tout d'abord été employé puis la photométrie, enfin des appareils spéciaux destinés à apprécier la *floculation*. Nous ne ferons que signaler ici la *méthode de Dreyer et Ward* ou sigm a réaction et la *méthode de Vernes* qui utilise le péréthymol (cœur de cheval préparé par épuisement successif avec le perchlorure d'éthylène et l'alcool).

Les résultats de la floculation sont encore à l'étude, la valeur de la réaction est indéniable, mais plus délicate que celle

© BIU Santé

de Wassermann, elle ne semble guère offrir une valeur étiologique supérieure à elle.

6° Recherche de la perméabilité méningée.

L'importance de cette recherche, bien mise au point par Sicard et Dujardin, présente un intérêt thérapeutique considérable. Il semble que l'*index de perméabilité de Dujardin I*, qui répond au rapport $\frac{n}{N}$ (propriétés réactionnelles du liquide C. R.), (propriétés réactionnelles du sérum sanguin est d'autant plus élevé que les méninges sont plus lésées. Les échanges des anticorps du sang vers le liquide céphalo-rachidien étant fonction de cette perméabilité, Dujardin établit trois possibilités :

P. G. = taux élevé d'anticorps, index maximum, non modifiable par le traitement ;

Tabès : = taux faible d'anticorps, index élevé, peu modifiable par le traitement ;

Syphilis nerveuse banale = taux variable d'anticorps, index minimum, très modifiable par le traitement.

En réalité, ces faits sont encore à l'étude, la perméabilité paraît être élective pour certaines substances diffusibles, par contre, elle est inexistante pour les arsénobenzènes et les préparations bismuthiques (Jeanselme et Terris).

Certains auteurs ont de plus cherché à modifier cette perméabilité méningée par l'introduction dans le torrent circulatoire de solutions hypertoniques créant un véritable échange osmotique entre le liquide C. R. et le sang : il ne nous a pas semblé au cours de quelques recherches personnelles que dans les réactions méningées, la perméabilité soit plus marquée.

7° Recherches microbiennes.

a) *Recherche du tréponème.* — La présence du parasite dans le liquide de ponction semble exceptionnelle ; on a pu, dans quelques cas le déceler en suivant les techniques habituelles (méthode de Tribondeau, coloration à l'argent), il existe des observations de Strassmann, Beitzke, Levaditi, Sézary. On sait d'ailleurs qu'en coupant des plaques de pachyméningite et en faisant des imprégnations suivant la méthode de Manouélian, on trouve parfois le tréponème. Wile et Kirchner, dans un travail tout récent, en précipitant les éléments albumineux et organiques à l'aide de kaolin et de la crème d'alumine neutre ont trouvé 12 fois le microbe sur 101 cas, 7 fois dans des cas de syphilis précoce contemporaine du chancre. Chez 8 malades le Wassermann était négatif. On ne peut donc guère se baser sur une réaction négative dans le liquide pour nier l'atteinte spécifique de l'axe cérébro-spinal.

b) *Inoculation à l'animal.* — Elle a été faite après centrifugation prolongée du liquide, en prenant comme animal d'expérience le singe macaque et le lapin. Les résultats positifs sont tout à fait exceptionnels (Steiner, Vanzelli, Weygandt et Jacob.)

L'interprétation des résultats de la ponction lombaire.

Il est nécessaire, pour la clarté de l'exposé, de rapprocher les uns des autres les divers résultats fournis au médecin par l'examen de la ponction lombaire, c'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, notamment pour les méningites latentes dont la ponction est le seul signe révélateur.

1° *Mode d'apparition et de disparition des éléments anormaux du liquide de ponction.*

Deux opinions : pour Sicard et Dujardin, l'ordre d'apparition est le suivant : 1° hyperalbuminose ; 2° modification cellulaire ; 3° réaction de fixation et de précipitation colloïdale ; le mode de disparition sous l'influence du traitement : 1° hyperalbuminose ; 2° lymphocytose ; 3° réaction de Wassermann.

Pour Ravaut, le cycle est différent : ordre d'apparition : 1° réaction cellulaire ; 2° hyperalbuminose ; 3° réaction de Wassermann ; ordre de disparition : 1° réaction cellulaire ; 2° réaction de fixation ; 3° hyperalbuminose.

2° *Variations et valeur individuelle des éléments du liquide.*

S'il est habituel dans la plupart des cas de rencontrer chez le même sujet atteint de méningite les mêmes éléments réunis dans le liquide rachidien, il peut exister, nous l'avons dit, des exceptions. Il demeure hors de doute, que la seule présence d'un des éléments en question peut revêtir une importance considérable.

a) *La réaction de B. Wassermann positive isolée* dans le liquide est une certitude de syphilis, mais non absolue de réaction méningée, quoique les présomptions soient des plus fortes.

b) *L'hyperalbuminose* seule a une valeur relative, elle est surtout fonction de son moment d'apparition et si la syphilis est de date ancienne, le pronostic de l'hyperalbuminose isolée est d'autant moins menaçant qu'on est plus loin des accidents initiaux. On peut se demander s'il n'existe pas longtemps après la disparition du virus causal un trouble fonctionnel dans les tissus où s'opère le passage du liquide céphalo-rachidien, analogue à celui qui provoque la persistance de certaines albuminuries longtemps après la disparition de la cause de la néphrite aiguë (M. Bloch).

c) *L'hypercytose* isolée a la valeur la plus médiocre, sauf, si elle est abondante et absolument constante ; associée à la réaction de Wassermann, elle devient d'importance capitale, même extrêmement faible (leucocytose résiduelle et passive de Sicard).

3° *Groupement des éléments du liquide.*

L'étude isolée des divers éléments du liquide céphalo-rachidien que nous venons de faire nous amène à les envisager dans leurs rapports réciproques, à les juxtaposer, à les associer, C'est là, un des points très importants de l'étude des méningites syphilitiques, et c'est à Nonne que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette donnée. Cependant, cet auteur dans ses types de réaction fait intervenir l'augmentation de la globuline, qui, ainsi que l'ont montré Babonneix et Javillier, n'est nullement caractéristique de la syphilis.

Pour Ravaut, il existe trois étapes évolutives :

a) Hypertension + albuminose légère + quelques grands mononucléaires, formule correspondant, soit au début de la période secondaire, soit à une syphilis ancienne.

b) Leucocytose et surtout lymphocytose avec ou sans augmentation de l'albumine, stigmates de la fin de la période secondaire ou d'une réaction méningée chronique.

c) Hypertension + lympho-polynucléose, + plasmocytose + hyperalbuminose, + R. de Wassermann positive, ceci correspondant à une méningo-encéphalite en pleine évolution.

Ch. Foix et M. Bloch, Babonneix, distinguent deux types extrêmes de réaction.

a) Réaction nécessaire au syndrome minimum. : hyperalbuminose et lymphocytose rachidienne isolées ;

b) Réaction suffisante ou syndrome maximum où la syphilis nerveuse est indiscutable : hyperalbuminose, lymphocytose, réaction de Wassermann et de Lange positive dans le liquide, R. de Wassermann positive dans le sang.

Il existe entre ces deux groupements extrêmes des types intermédiaires.

4°) *Signification des résultats de l'examen du liquide.*

Nous verrons en étudiant le tableau des différentes étapes de la méningite syphilitique à quoi correspondent cliniquement les données de la ponction lombaire .

Ravaut a divisé schématiquement en deux groupes les résultats obtenus. Dans un premier cas, les anomalies peuvent accompagner la période secondaire et être d'ordre septicémique. Les accidents sont alvéo-bénins et disparaissent rapidement peut-être du fait des accidents cutanéo-muqueux concomitants qui créent une sorte de vaccination progressive de l'organisme. Parfois, il y a passage d'emblée à la chronicité et organisation de lésions importantes du système nerveux.

Dans une seconde éventualité , les modifications liquidiennes sont tardives, généralement d'ordre local et plaident en faveur d'une localisation d'emblée sur l'axe cérébro-méningé.

Les cas peuvent, il faut le dire, rester cliniquement latents, et en ne les recherchant pas, ainsi que l'ont montré Jeanselme et M. Bloch, on risque de voir se produire à un instant inattendu des accidents nerveux des plus graves.

© BIU Santé

A quel moment peut-on dire qu'un foyer de syphilis méningée est éteint ? On sait qu'il existe des lymphocytoses résiduelles et même de l'hyperalbuminose chez des sujets traités avec une vigueur extrême et considérés comme guéris. Le seul facteur qu'il faut vaincre est la réaction de Wassermann du liquide ; on ne peut affirmer qu'un malade dont le Wassermann est négatif est guéri, mais en revanche, un Wassermann positif implique la notion de lésion en activité ; un tel sujet doit être traité avec la dernière vigueur et s'il ne survient pas de modification du résultat sérologique, il y a lieu de redouter une méningo-encéphalite incurable.

Ajoutons qu'il n'existe pas de parallélisme absolu entre la réaction de Wassermann du sang et celle du liquide céphalo-rachidien, le résultat peut être négatif dans le sang et pleinement positif dans le liquide et réciproquement. La séreuse sous-arachnoïdienne constitue entre les deux systèmes une barrière qui peut être suffisante pour donner des résultats totalement discordants.

S'abstenir de traiter un syphilitique qui a une réaction méningée sous prétexte que la réaction de Wassermann est négative dans le sang est commettre une faute impardonnable.

Nécessité et horaire de la ponction lombaire.

Il n'est point besoin d'insister sur la nécessité d'interroger en maintes circonstances le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Peut-être, comme le dit Sicard, est-il dangereux d'en abuser et surtout de la pratiquer au cours de la période dite septicémique en un temps où il est possible d'ensemencer le cul-de-sac arachnoïdien avec du sang du malade. En dehors de ce cas, la ponction lombaire doit, pour beaucoup de syphiligraphes, être systématiquement pratiquée à certaines époques de la syphilis.

1° *Ponction précoce* : dès que la réaction de Wassermann devient négative dans le sang (Jeanselme et Chevallier, Hudelo, Leredde) ;

2° *Ponction retardée* : 8 à 12 mois après que la réaction sanguine est devenue négative sans qu'aucun traitement ait été appliqué (Queyrat, Vernes).

3° *Ponction tardive* : 4 ans après le début de la maladie, quel qu'ait été le traitement (Ravaut).

4° *Ponction répétée*, aux deux moments critiques :

a) Au moment où après un traitement actif, on veut ralentir la thérapeutique ;

b) Au moment où l'on veut cesser tout traitement et savoir si le sujet peut être considéré comme guéri (vers la 3e, 4e année (Sézary).

Ainsi donc l'étude du liquide céphalo-rachidien est la base tangible non seulement du diagnostic, mais encore du pronostic de toute syphilis, quelle que soit la forme qu'elle revête. Nous verrons à quels tableaux cliniques correspondent les différents caractères biologiques que nous venons d'étudier en détail.

A Lyon, il y a cinquante ans. — « La fièvre typhoïde, pouvait-on lire dans le *Salut Public* du 24 avril 1874, sévit depuis quelque temps à Lyon avec une violence extrême ; on a même craint qu'elle ne passât à l'état épidémique, et l'on sait que c'est la raison qui a fait ajourner la rentrée des classes pour les élèves de notre Lycée. Cette redoutable maladie fait heureusement peu de victimes, depuis que la médecine a trouvé un traitement curatif qu'on peut même considérer comme un véritable spécifique, les bains froids. C'est bien ici le cas de répéter le vieux proverbe : à quelque chose malheur est bon, car c'est à la funeste guerre de 1870 que nous devons la vulgarisation de ce remède trouvé en Allemagne et qui sauve actuellement la vie à des milliers de personnes. Un de nos jeunes compatriotes, le docteur Franz Glénard, prisonnier de guerre en Poméranie eut l'occasion d'étudier le traitement employé à Stettin par le docteur allemand Brand, contre une épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait sur les prisonniers français, traitement énergique qui amena 1.400 cures sur 1.400 malades. M. Glénard, de retour en France, se hâta d'expérimenter ce traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, sur les cas de typhoïde qui lui furent soumis, et le succès en est complet aujourd'hui à Lyon. Cette heureuse découverte est considérée maintenant comme un des plus heureux bienfaits de l'humanité. »

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. P. LEREBOULLET.

Traitement des laryngites aiguës et spécialement du croup (1)

Les laryngites aiguës sont, comme les angines aiguës, un exemple d'une maladie de l'enfance fréquente dans laquelle le médecin a un rôle important à jouer. Vous savez que, parmi ces laryngites, il en est une, la laryngite diphtérique, qui exige une décision immédiate ; soignée inconsidérément ou tardivement, elle peut entraîner la mort de l'enfant ; traitée à temps, elle guérit complètement. Vous savez que le croup effraye à juste titre les familles, qu'il y a une maladie, la laryngite striduleuse, le plus souvent très différente du croup, qui les alarme aussi et qu'il est nécessaire de la part du médecin de savoir, en pareille circonstance, les rassurer, montrer qu'il s'agit de peu de chose, tandis que, lors de croup, une action immédiate s'impose.

Il y a donc une importance énorme à bien connaître et bien soigner les laryngites aiguës, et il faut se rappeler que chez l'enfant elles ont une symptomatologie particulière en raison de la facilité avec laquelle l'enfant fait du spasme et des accès de dyspnée paroxystique dont le type est le faux croup. Cette notion montre l'importance chez l'enfant de la thérapeutique antispasmodique, qui peut, en faisant cesser le spasme, atténuer ou guérir la laryngite. Lorsque il y a laryngite diphtérique, le sang-froid et l'expérience sont plus particulièrement nécessaires, car cette affection exige un traitement spécial nécessitant une éducation particulière ; on ne peut bien faire le tubage sans en avoir, au préalable, étudié la pratique sur le cadavre et le vivant.

Dans toutes les laryngites aiguës de l'enfance, il faut tenir compte énormément de l'examen clinique ; c'est cet examen qui doit avant tout guider la thérapeutique. Il faut se rappeler que chez l'enfant les laryngites aiguës tirent leur signification de l'étude d'un certain nombre de symptômes, et notamment, de l'analyse de la voix et de la toux. C'est lorsque la voix est un peu éteinte, lorsque la toux prend un timbre rauque et assourdi, que la laryngite prend un caractère sérieux. C'est lorsqu'à ces modifications de la voix et de la toux s'ajoutent des modifications de l'état général, lorsque la figure est pâle, lorsqu'il y a certains symptômes généraux qui traduisent une infection plus grande, que le médecin doit s'alarmer, surtout si surviennent des accès de suffocation.

I. Un premier groupe de laryngites intéressantes, les plus fréquentes, sont les LARYNGITES AIGUES SANS DYSPNÉE. La plupart sont banales, mais elles sont suspectes si le sujet jeune, au-dessous de 2 ans, présente en même temps une angine à point blancs, dite lacuno-cryptique, s'accompagnant d'une modification du faciès, d'un certain degré d'adénopathie ; il faut craindre alors que cette laryngite et cette angine d'apparence banale ne soient les premières manifestations d'un croup diphtérique. Donc, chez un jeune enfant, présentant du blanc dans la gorge avec adénopathie et ayant la voix éteinte, faites, sans attendre l'examen bactériologique et l'évolution du mal, une injection de sérum, car il est plus grave de méconnaître un croup que de faire du sérum pour une laryngite qui ne serait pas diphtérique. Et une statisque de M. Marfan montre que 4 sur 5 de ces laryngites associées à l'angine lacuno-cryptique sont diphtériques !

Cette réserve faite, la laryngite aiguë sans dyspnée, chez les grands comme chez les petits enfants, se soigne par le repos vocal, les applications chaudes au devant du cou. On fait dans la chambre des évaporations d'eau chaude et d'eu-

(1) Leçon faite le 30 novembre 1923.

© BIU Santé

calyptus, de façon à réaliser une atmosphère humide plus propice à la respiration et qui diminue la fréquence de la toux. Il peut être utile de recourir à la médication antispasmodique, basée sur l'emploi du bromure, de l'antipyrine, du benzoate de benzyl, du gardénal et de l'acétate d'ammoniaque associé au benzoate de soude dans une potion.

Il est bon de désinfecter les fosses nasales en mettant dans les narines quelques gouttes d'huile eucalyptolée ou résorcinée (par exemple : huile de vaseline 15 gr., eucalyptol 0.25) mais il faut s'abstenir d'instillation d'huile mentholée ; extrêmement irritante chez l'enfant, et qui peut provoquer, à elle seule, un spasme de la glotte.

II. Plus intéressantes sont les LARYNGITES AIGUES AVEC DYSPNÉE PAROXYSTIQUE. Le type est la *laryngite striduleuse* ou *faux croup*. Bretonneau et Trousseau en ont tracé le tableau d'une manière caractéristique : brusquement, un enfant de deux à cinq ans, à peine enrhumé, est pris dans la nuit d'une toux rauque, d'une voix aboyante, avec oppression marquée et agitation fébrile ; après une demi-heure, une heure, deux et trois heures de cette crise parfois très impressionnante, l'accès a cessé, l'enfant se calme, le sommeil revient. C'est le faux croup qui, dit Trousseau, va se guérir, quoi que vous fassiez « car l'intervention médicale la plus inopportune, la plus déraisonnable, est rarement capable de rendre grave cette affection, qui l'est si peu de sa nature ».

Au surplus rappelez-vous la description qu'en donne le professeur Marfan : « Un enfant, le plus souvent un adénoïdien, est enrhumé et présente des signes de laryngite légère avec la voix et la toux un peu rauques. Brusquement, au milieu de la nuit, survient un accès de suffocation ; l'enfant se réveille angoissé, le visage vultueux, et les veines jugulaires turgescentes ; sa respiration est sifflante, très longue et s'accompagne de tirage. Quelques minutes après, survient une quinte de toux rauque et l'accès disparaît ; l'enfant s'endort assez paisiblement, l'accès peut encore se reproduire mais cela est rare ; le lendemain, l'enfant est dans un état satisfaisant, légèrement enrhumé, avec la voix à peine enrouée. La brusquerie du début, l'absence d'extinction de la voix et de la toux, le défaut de dyspnée continue, l'apparition de l'accès de suffocation au milieu de la nuit permettent aisément le diagnostic. »

A cette description de la laryngite striduleuse, je n'ai presque rien à ajouter. Je vous rappelle que c'est un accident fréquent et que, dans la plupart des laryngites aiguës non dyspnéiques, la dyspnée paroxystique peut survenir à un moment donné, réalisant ce tableau du faux croup. Inversement, le faux croup peut éclater inopinément après une journée où l'enfant était à peine enrhumé et semblait absolument normal.

Le faux croup résulte de ce fait que le larynx de l'enfant, par ses conditions circulatoires, est prédisposé à faire du spasme lorsque l'enfant est dans la situation horizontale et lorsqu'il commence à s'endormir. Le faux croup a une telle allure que les jeunes ménages, en voyant leur bébé si brusquement pris, s'effrayent facilement et que le médecin est constamment appelé pour des crises de faux croup. Il est important de reconnaître qu'il s'agit du faux croup. La brusquerie du début, la conservation de la voix et de la toux, la dyspnée qui n'est pas continue, l'apparition au milieu de la nuit, sont quatre caractères importants.

Cependant, il y a des croups à voix claire, il y a des croups d'emblée sans pharyngite préalable, il y a des laryngites revêtant l'aspect de la laryngite striduleuse qui évoluent vers le croup diphtérique. Il y a donc des cas, rares, il est vrai, où existent certaines difficultés de diagnostic.

De toute façon, il faut, dans un faux croup, faire le traitement dont j'ai parlé tout à l'heure : mettre le malade dans une chambre saine et dans une atmosphère tiède et humide, placer au-devant du cou une cravate humide et chaude ou l'éponge chaude dont parlait Trousseau, lui donner de l'antipyrine, du bromure ou du gardénal à petites doses. Parfois on peut joindre à la prescription un peu de belladone. Généralement, vous vous abstiendrez d'opium.

Un certain nombre de médecins ont récemment préconisé la codéine, ou même la morphine dans certaines dyspnées de l'enfant. J'estime pour ma part que, le plus souvent, il est inutile de donner ces médicaments dans le faux croup ; au cas de doute sur l'existence de la diphtérie, ils peuvent être nuisibles, car ils diminuent plutôt la résistance du malade, ils diminuent la violence de la toux et la facilité (s'il y a diphtérie) avec laquelle ils expulsent les membranes. Mieux vaut donc ne pas les employer.

Le vrai point point délicat est parfois le diagnostic avec le croup diphtérique. La règle est que, lorsqu'on est en présence d'un sujet atteint d'un faux croup dont on ne peut pas affirmer la nature banale, il faut exercer une surveillance étroite, revoir le malade souvent, mettre au besoin quelqu'un près de lui la nuit, alerter la famille, de façon que si la dyspnée devient continue, si l'examen bactériologique révèle le bacille de Lœffler dans la gorge, on puisse agir tout de suite par la sérothérapie et par le tubage.

III. J'arrive à une troisième catégorie de laryngites, beaucoup plus intéressantes à notre point de vue, celle des LARYNGITES AIGUES AVEC DYSPNÉE PAROXYSTIQUE ET CONTINUE. Il y en a deux ordres ; il y a des laryngites non diphtériques, et des laryngites diphtériques.

A. Il y a des *laryngites primitives* qu'on a qualifiées de *sous-glottiques* ; elles s'accompagnent d'une inflammation assez marquée de la muqueuse laryngée, surtout marquée dans la région sous-glottique, parfois même d'ulcération avant tout tubage, source d'abcès péri-laryngiens, de péri-laryngites phlegmoneuses. Elles entraînent une dyspnée paroxystique et continue rappelant celle du croup. Mais la voix n'est pas éteinte en général et la toux reste rauque. De plus, il n'y a pas de phase prédyspnéique. L'intensité de la toux aboyante est encore un caractère qui nous aide à réformer le diagnostic. Ce diagnostic est important, car lorsqu'on fait le tubage dans ces cas, les enfants ont facilement des ulcérations laryngées, il en peut résulter des sténoses laryngées.

Ces enfants ont en effet une telle tendance au spasme que le temps que nous demandons ordinairement pour que le spasme disparaisse dans la diphtérie laryngée n'est pas suffisant ; lorsqu'après 3 jours on veut enlever le tube, on constate qu'il faut le remettre ; et très vite, ces enfants deviennent des *tubards* ; ils sont alors la plaie des services de diphtérie, car ils gardent leur tube pendant 2. 3 ou 4 semaines et sont exposés à des accidents graves du côté du larynx, aux ulcérations et aux sténoses dont je parlais tout à l'heure.

Par conséquent, il serait très important de faire dans ces laryngites intenses primitives un traitement antispasmodique énergique qui permette de ne pas recourir au tubage. On ne peut pas toujours.

Fort heureusement, ces laryngites primitives non diphtériques sont exceptionnelles.

Le plus souvent une telle laryngite survient du fait d'un élément étiologique particulier, je veux parler de la ROUGEOLE. On sait que le rougeoleux peut faire deux espèces de laryngites. Il peut faire une vraie laryngite diphtérique. Je vous dirai un mot tout à l'heure du croup post-rougeoleux, qui est extrêmement grave et prend l'allure suraiguë. Mais il survient généralement après plusieurs jours, tandis que dans la phase du début de la rougeole, lorsqu'un sujet présente le signe de Koplik et va avoir son éruption, il peut survenir une laryngite non diphtérique, qui s'accompagne de sifflement intense, de tirage, de dyspnée continue et qui, elle aussi, comme la laryngite sous-glottique, peut s'accompagner secondairement d'ulcération laryngée.

Cette laryngite de la phase éruptive de la rougeole est impressionnante, et il faut savoir résister à la tentation de mettre un tube tout de suite.

Il y a une maladie qui, plus exceptionnellement, donne également des laryngites suffocantes, c'est la varicelle. MM. Marfan et Hallé en ont publié de beaux exemples.

Réserve faite de ces cas, lorsqu'on a affaire à une dyspnée paroxystique et continue, il s'agit le plus souvent de laryngite diphtérique.

B. Je ne ferai pas l'étude complète de la LARYNGITE DIPH

© BIU Santé

TÉRIQUE et de son diagnostic. Il y a une série de causes de dyspnée extra-laryngées qu'il faudrait étudier. Je dois ici me borner à vous rappeler que le croup est caractérisé par trois périodes : une période, qui est la *période dysphonique*, caractérisée uniquement par la toux rauque et la voix eteinte. La dyspnée est moyenne ou même nulle. Le diagnostic de croup à cette période repose sur la notion de la contagion et l'existence d'une angine blanche.

Mais assez vite survient la *période dyspnéique* ; la dyspnée présente les caractères de la dyspnée laryngée, c'est-à dire : 1° entraîne un bruit particulier, le *bruit de sténose laryngée*. ce bruit serratique spécial, qu'on entend en s'approchant du malade ; 2° s'accompagne d'un *tirage* caractérisé, au moment de l'inspiration, par une dépression sus et sous-sternale, celle-ci ayant moins de signification que la dépression sus-sternale, car la dépression sous-sternale se voit dans une série d'affections broncho-pulmonaires, et notamment chez les petits rachitiques ; 3° provoque un ralentissement de la respiration particulier. Ces caractères aident à faire le diagnostic de dyspnée croupale, de dyspnée laryngée.

Cette dyspnée laryngée continue s'accompagne périodiquement de crises de *dyspnée paroxystique*, d'*accès de suffocation*, sous forme de grands accès, que M. Marfan décrit ainsi : « Les grands accès se montrent surtout le soir ou la nuit, parfois peu après que le malade s'est endormi ; on peut prévoir l'accès à ce que, durant le sommeil, la respiration devient bruyante et de plus en plus pénible. Tout à coup, l'enfant se soulève, en proie à une angoisse et à une agitation violentes ; la respiration est sifflante, parfois serratique. elle est lente, difficile, le tirage est intense, la stase veineuse très accusée ; le visage, vultueux, prend une teinte bleu livide et se couvre de sueurs ; il semble que la respiration va cesser et la vie s'arrêter... L'accès dure quelques minutes ; il se termine parfois par l'expulsion de mucus ou d'une fausse membrane. Ce grand accès, d'aspect si effrayant, est habituellement sans danger; cependant on l'a vu, dans quelques cas exceptionnels, se terminer par la mort. Tantôt il survient sans cause appréciable, au milieu du sommeil, tantôt il est provoqué par le fait de boire, de parler, par la colère ou par l'examen de la gorge. »

Ces accès, d'abord légers et espacés, deviennent plus intenses. Il arrive un moment où le dyspnée persiste entre les accès, le sifflement et le tirage deviennent permanents et si celui-ci devient intense pendant une heure, l'asphyxie n'est pas loin et il faut intervenir.

L'accès de suffocation est le caractère essentiel de cette période. Il est avant tout *lié au spasme* et Marfan l'a montré par une série d'arguments. Une preuve qui montre le rôle du spasme, c'est que chez l'adulte, chez lequel les phénomènes spasmodiques sont beaucoup moins fréquents, de même que chez les grands enfants, chez lesquels il ne surviennent pas avec la même facilité, le croup ne s'accompagne pas d'accès de suffocation.

A la période de dyspnée fait suite la *période d'asphyxie*, dans laquelle, l'enfant n'ayant pas été suffisamment injecté de sérum, n'ayant pas eu de tubage ou de trachéotomie, la dyspnée s'accentue de plus en plus, l'hématose est entravée et les signes d'asphyxie se montrent. « Un des premiers signes, dit M. Marfan, est la modification de la dyspnée : les accès de suffocation deviennent moins intenses et peuvent disparaître ; la respiration, qui était énergique et ralentie, devient superficielle et fréquente ; le malade ne lutte plus contre l'obstacle à l'entrée de l'air, l'agitation fait place à l'assoupissement. Ces deux symptômes, diminution apparente de la dyspnée et assoupissement font croire à la famille qu'une amélioration est survenue.

Le médecin ne s'y trompera pas, parce qu'il constatera les signes de l'asphyxie : la face bouffie et violacée, les extrémités bleues et froides, le pouls petit, fuyant, irrégulier, l'assoupissement de plus en plus prononcé, l'anesthésie cutanée. Ce tableau ne permet pas de se tromper. Dans quelques cas cependant, l'absence d'un des signes principaux de l'asphyxie, la cyanose, pourrait égarer le médecin, la coloration asphyxique ordinaire est remplacée par une teinte livide. C'est ce qu'on a appelé l'asphyxie blanche ». Cette asphyxie blanche est plutôt plus grave encore que l'asphyxie normale.

L'asphyxie précède de peu le coma, parfois entrecoupé de phénomènes convulsifs, à moins qu'on intervienne par le tubage ou la trachéotomie, mais le plus souvent alors l'intervention n'offre presqu'aucune chance de succès, surtout en cas d'asphyxie blanche.

On doit donc tâcher de faire une intervention auparavant et c'est en matière de croup surtout qu'un diagnostic précoce est nécessaire. Il faut le baser sur l'étude clinique ; on ne peut guère s'appuyer sur l'examen bactériologique, car il arrive assez souvent que l'ensemencement ne donne pas de bacilles de Lœffler, alors qu'il s'agit de laryngite diphtérique. Il faut prélever l'exsudat aussi loin que possible dans la gorge, très près du larynx ; encore peut-il rester stérile. De même il faut examiner la gorge aussi loin que possible et M. Variot a insisté sur la valeur de la collerette membraneuse vue autour de l'épiglotte, signe précieux mais assez rare. Il vous arrivera de voir des croups indiscutables dans lesquels l'examen objectif reste complètement négatif.

Il ne faut pas attendre le résultat bactériologique pour faire l'intervention thérapeutique, sérothérapie ou tubage. Il faut se rappeler qu'il y a des formes anormales : il y a ces croups à voix claire dont a parlé M. Variot, qui ne sont pas fréquents mais qui prêtent à l'erreur ; il y a le croup du jeune âge, accompagnant l'angine lacuno-cryptique. La gravité du croup dans le jeune âge oblige à agir au moindre symptôme.

Il y a ces *croups secondaires*, qui surviennent surtout à la suite de la rougeole, mais qui peuvent survenir à la suite de la fièvre typhoïde, de la grippe, et qui ont une gravité très grande, parce qu'ils frappent un organisme affaibli par la maladie.

On ne doit enfin pas oublier que le croup se complique facilement d'infections secondaires. La bronchopneumonie qui succède au croup est parmi les plus graves.

Vous voyez ainsi les multiples conditions dans lesquelles le médecin aura à traiter un malade atteint de croup et vous comprenez l'importance capitale d'un traitement rapide et actif.

Il y a tout d'abord un ensemble de précautions d'ordre hygiénique qu'il faut prendre, précautions qui concernent tout aussi bien l'infirmière ou les personnes qui soignent le malade, que le médecin lui-même.

Toutes ces précautions sont dictées par la notion capitale du spasme. C'est le spasme qui donne lieu aux accès de suffocation. Le malade doit être mis dans une chambre isolée, au calme absolu ; on lui évitera les visites, les distractions inopportunes susceptibles de l'agiter.

Il doit être l'objet d'une surveillance constante. C'est pourquoi dans nos salles de diphtérie nos enfants atteints de croup sont placés à l'entrée de la salle, tout près du cabinet de la surveillante et non pas dans des box éloignés, de façon que la surveillante puisse intervenir au moindre accès de suffocation.

L'*alimentation* peut donner lieu à des accès de suffocation et elle est extrêmement difficile dans certains cas. Il y a différents procédés, sur lesquels je n'insiste pas, pour alimenter les enfants. On peut mettre l'enfant latéralement, le nourrir à la cuillère en versant des aliments liquides contre la face interne de la joue. Les aliments doivent de préférence être donnés par petites doses répétées, afin de ne pas provoquer de toux et par conséquent entre les accès de suffocation.

Il faut réduire les précautions de toilette de l'enfant, notamment des cheveux, du corps, les changements de linge, pour éviter qu'il ne soit pris au cours de ses mouvements d'un accès de suffocation.

Il faut éviter toutes les causes qui pourraient provoquer le spasme du larynx.

Enfin, il est bon de mettre l'enfant dans une atmosphère de vapeur d'eau, comme l'a indiqué avec insistance M. Variot ; on la réalise en faisant bouillir en permanence de l'eau avec des feuilles d'eucalyptus. Il est bon d'éviter la vue de

© BIU Santé

la flamme qui serait pour l'enfant une cause d'agitation et de spasme.

Lorsqu'un enfant a un accès de suffocation, il faut se rappeler son origine surtout spasmodique et rassurer la famille, asseoir l'enfant, tâcher de lui faire boire une gorgée de liquide de façon à provoquer un accès de toux qui rejette une membrane et débarrasse le malade de son accès de spasme. Dans certains cas, il faut faire de la révulsion froide sur le thorax, des enveloppements froids ou une flagellation froide, de façon à ramener l'enfant et à modifier les conditions circulatoires du larynx, et par suite le spasme.

Il faut enfin se rappeler que lorsque les accès de suffocation se répètent, ou lorsque la dyspnée existe avec son caractère permanent et du tirage depuis une heure, il faut sans tarder faire l'intervention par le tubage.

Lorsqu'on fait la *sérothérapie* d'une manière précoce et intensive, on peut dans un certain nombre de cas éviter le tubage, et à plus forte raison, la trachéotomie, et guérir la diphtérie laryngée. Il faut faire la sérothérapie dès les premiers symptômes laryngés, à la fois intramusculaire et sous-cutanée, comme je l'ai indiqué précédemment et ne pas craindre de faire 60 et 80 cmc. le premier jour, de répéter la même dose le second jour, si les phénomènes laryngés sont marqués ; on obtient de cette façon une sédation des accès et on peut éviter l'intervention par le tubage.

Rappelez-vous toutefois que, dans le croup, il n'est pas nécessaire de prolonger autant l'intervention sérique que dans l'angine diphtérique, étant donné qu'il s'accompagne moins volontiers de manifestations paralytiques tardives.

Néanmoins la sérothérapie ne doit pas suffire souvent, Lorsqu'on nous amène des enfants ayant déjà une laryngite depuis 2 ou 3 jours, chez lesquels il y a déjà quelques accès de dyspnée ou, à plus forte raison, une dyspnée continue. nous sommes amenés à faire le tubage.

Le *tubage* doit se faire : 1° lorsqu'un enfant présente un faciès pâle, asphyxique, et que le diagnostic de croup est certain, la dyspnée fut-elle légère.

2° Lorsque l'enfant présente un tirage continu et intense, durant depuis une heure ; il faut alors tuber, sans trop attendre.

3° Si l'enfant, sans avoir de tirage continu, a des accès de suffocation violents et assez prolongés et répétés ici encore, il faut tuber. Les internes des Enfants-Malades savent tuber au moment où l'accès de suffocation est inquiétant ; et, la surveillante a à cet égard un rôle capital puisqu'elle est juge du moment où il faut les appeler.

Le tubage est une opération qui a été conçue et pratiquée pour la première fois aux Enfants-Malades par un médecin français, Bouchut en 1858. L'instrument de Bouchut, avec un gros porte-tube, un mandrin, et un tube qu'on mettait dans le larynx, était un peu sommaire.

L'antisepsie n'était pas connue encore, on pratiquait ce tubage dans des conditions très fâcheuses.

D'autre part, on n'avait pas la sérothérapie, la maladie continuait son évolution, si bien que les résultats étaient désastreux. Les recherches de Bouchut tombèrent dans l'oubli ; il a fallu un demi-siècle pour y revenir,

C'est beaucoup plus tard, en effet, en 1885 que l'Américain O. Dwyer, eut l'idée de faire, — et non pas de recommencer, car il n'avait pas connu les travaux de Bouchut —, le tubage. Ce tubage se généralisa en Amérique. Il ne pénètra guère en France.

C'est après la découverte de la sérothérapie, que deux observateurs français, Bonain, de Brest, qui avait pratiqué l'intubation, qui en avait une technique sûre, et Roux, qui avait traité par la sérothérapie antidiphtérique nombre d'enfants aux Enfants-Malades, eurent l'idée de substituer le tubage à la trachéotomie ; et Roux montra que le tubage aidant la sérothérapie était la méthode de choix.

Grâce aux efforts de Roux, grâce à la technique indiquée par Bonain, très vite le tubage se généralisa en France, et Bayeux, dans sa thèse, put montrer que le tubage était le complément indispensable de la sérothérapie et contribua largement à en simplifier la technique.

Le tubage se pratiqua avec différents instruments. On commença par se servir du tube de Bayeux, puis on se servit bientôt de l'appareillage de Sevestre. Sevestre inventa un porte-tube auquel on adapte un mandrin, sur celui-ci on adapte un tube de Froin, long ou court, adapté au calibre du larynx et à l'âge de l'enfant.

Avec l'appareillage de Sevestre, on a fait beaucoup de tubages et on les a très bien faits.

Mais M. Marfan a simplifié l'appareillage ; il a montré comment on pouvait se servir d'un mandrin flexible, plus facile à manier.

M. Aviragnet l'a simplifié encore, en modifiant le mandrin et l'introducteur. L'appareil d'Aviragnet est celui dont on se sert actuellement au pavillon de la diphtérie. Il donne toute satisfaction.

L'emploi d'un ouvre-bouche est indispensable. L'enfant peut être mis dans différentes positions. Tantôt on pratique le tubage sur l'enfant couché, tantôt sur l'enfant assis. A l'hôpital des Enfants-Malades, pour éviter le spasme et se trouver dans de meilleurs conditions de commodité, l'enfant est couché, l'ouvre-bouche est mis, et l'opérateur se place devant l'enfant son porte-tube à la main. Le premier temps consiste à *rechercher et fixer l'épiglotte* : avec le doigt introduit dans la bouche, on cherche l'épiglotte et on l'applique sur la base de la langue ; on repère les aryténoïdes ; ce repérage n'est pas commode lorsqu'il y a œdème des replis aryténo-épiglottiques, mais néanmoins on arrive à fixer l'épiglotte, à la rabattre à la base de la langue et à mettre le doigt sur l'orifice supérieur du larynx.

Le deuxième temps consiste à *introduire le tube dans l'intérieur du larynx*. Avec l'autre main, ayant fixé l'épiglotte et les aryténoïdes, introduisez votre tube et contournez l'aryténoïde de façon à arriver à placer votre tube entre la pulpe digitale et l'orifice supérieur du larynx, et alors vous procéderez sans heurt à *l'introduction du tube dans le larynx*, en ayant soin qu'il y reste ; c'est le temps délicat, parce que du fait du spasme laryngé, il arrive souvent qu'on ne peut pas pénétrer, que l'on doit insister, malgré l'œdème, ce qui peut créer des fausses routes, et assez fréquemment les débutants pénètrent dans l'œsophage.

Une fois que le tube a bien pénétré dans le larynx, il faut *pratiquer le retrait du mandrin*. La manœuvre de l'appareil de Sevestre était relativement compliquée. Avec l'appareil de Marfan-Aviragnet, rien n'est plus simple que de retirer le mandrin.

Le tube est en place, le porte-tube et le mandrin ont été retirés, et alors il n'y a plus qu'à retirer le fil qui maintient le tube.

Vous n'enlevez le fil que lorsque vous êtes sûr que le malade respire bien, que lorsque la respiration beaucoup plus large du malade vous indique que vous avez atteint votre but, et que le tube est bien en place dans le larynx.

Je n'insiste pas sur le choix des tubes selon l'âge et sur les détails de technique que vous devez apprendre sur le mannequin ou sur le cadavre.

Une fois que le tube a été mis dans le larynx et le fil enlevé, vous rapportez l'enfant dans son lit et alors, après le tubage, il y a nécessité de faire une surveillance encore plus stricte de l'enfant, car il peut avoir une grande difficulté à s'alimenter. C'est ici qu'il faut prendre des précautions spéciales, alimenter l'enfant à la cuillère d'une manière très lente, et le surveiller, pour éviter les quintes de toux, car il peut arriver que du fait d'une quinte de toux l'enfant rejette son tube et asphyxie brusquement, soit que les membranes viennent au devant du larynx, soit même que le tube lui-même obstrue le larynx.

Néanmoins, une fois la première demi-heure passée, le plus souvent l'enfant garde son tube et on peut être tranquille ; il n'y a que peu d'incidents. On a signalé la fièvre du tubage ; il n'y a pas beaucoup à y faire attention ; elle passe d'elle-même, et l'enfant garde son tube 2 à 3 jours. Au bout de 3 jours, l'enfant est soulagé, et on peut enlever le tube.

Au début, on devait enlever le tube à l'aide de l'extrac-

© BIU Santé

teur, instrument un peu compliqué, et qui nécessitait une manœuvre assez difficile.

La tâche du médecin est singulièrement simplifiée actuellement, grâce à l'*énucléation de Bayeux*, procédé qui s'est généralisé. Il suffit de mettre l'enfant sur le bord du lit, de relever fortement sa tête, d'aller chercher les derniers anneaux de la trachée et d'appuyer de bas en haut pour chasser le tube et le faire tomber dans la bouche. On penche la tête de l'enfant en avant, et le tube est expulsé. Cette manœuvre simple réussit 99 fois sur cent. Exceptionnellement on est obligé de recourir à l'extracteur.

Le plus souvent, dans la diphtérie, la détubation au troisième jour suffit. Toutefois, lorsque surtout on a affaire à une laryngite non diphtérique primitive ou post-morbilleuse, il faut souvent recommencer, et les tubards qui se constituent alors sont particulièrement difficiles à soigner parce que sous l'influence du séjour prolongé du tube dans le larynx, se produisent des ulcérations, de la sténose et des accidents qui nécessitent souvent une trachéotomie ultérieure.

Après le tubage, il faut mettre en œuvre une médication très importante, la médication antispasmodique.

Chez les enfants atteints de croup, nous ne faisons que peu de thérapeutique antispasmodique pendant la période aiguë, car nous voulons observer le malade et voir le moment où le tubage sera nécessaire, et, si nous faisions trop de médication calmante, nous serions trompés.

C'est au contraire lorsque le malade a été tubé qu'il faut agir par la médication antispasmodique. A cet égard, il faut se rappeler qu'une vieille expérience montre que l'*antipyrine* est un très bon médicament à la dose de 0.50 centigr. à 1 gr., 1 gr. 50 chez les grands enfants, qui calme le spasme du larynx.

A l'antipyrine vous pouvez associer le bromure, qui est moins actif cependant.

Un autre médicament plus récent, que nous employons notamment chez nos tubards, est le benzoate de benzyle, qui a été recommandé dans ces dernières années contre toutes sortes de spasmes, à la dose de 10 gouttes de la solution officinale, répétée 3 ou 4 fois par jour.

Enfin de petites doses de codéïne associée au bromure peuvent être utiles.

Le gardénal, efficace, en comprimés de 0,01 à 0,02 centigr., notamment contre le stridor laryngé, semble ici moins actif et je n'en ai pas eu les résultats que j'en attendais.

Il arrive qu'un enfant tubé n'est pas soulagé, parce qu'il a des fausses-membranes dans le larynx, la trachée et les bronches ; c'est que la diphtérie est particulièrement virulente, et on peut être appelé à faire la trachéotomie. La trachéotomie peut se faire aussi quand on ne peut pas faire le tubage, quand l'enfant est dans une région où le tubage est impossible.

La trachéotomie, opération bien réglée actuellement, se fait en deux temps, d'une manière simple. Mais néanmoins elle soulève quelques difficultés d'application ; c'est une opération chirurgicale, et récemment encore M. Sébileau insistait sur certains points de sa technique. Depuis la sérothérapie, elle n'a que de rares indications. Elle expose beaucoup plus que le tubage aux infections secondaires et à la bronchopneumonie. C'est toutefois une opération qui complète le tubage dans quelques cas, notamment dans la diphtérie trachéo-bronchique.

La bronchopneumonie est malheureusement une cause fréquente de mort secondaire dans la diphtérie. Cependant, en maintenant une hygiène rigoureuse dans la chambre du malade, en usant largement d'essence d'eucalyptus en inhalations selon la méthode de Milne, on arrive à prévenir pour une large part l'infection broncho-pulmonaire.

Il y a d'autre part un moyen d'éviter une partie de ces bronchopneumonies, moyen que nous employons assez souvent, c'est de faire dès le début du croup, en même temps qu'une injection de sérum antidiphtérique, une injection de sérum antipneumococcique. Peut-être exerce-t-elle une certaine influence préventive.

Voilà la thérapeutique du croup. Est-elle une thérapeutique définitive ? Il nous le semble à nous Français, nous croyons que par la sérothérapie jointe au tubage on arrive à modifier le pronostic. Mais il est vrai qu'on n'arrive pas à guérir tous les croups. Pourquoi ? Parce que les malades atteints de croup nous viennent trop tard et sont traités alors que la maladie est déjà avancée. Plus on les traitera d'une manière précoce, plus on améliorera les statistiques, qui sont déjà très bonnes ; il faut en effet se rappeler que le nombre des croups qui guérissaient avant l'intervention du tubage n'était guère supérieur à 10 %.

Nous guérissons actuellement la plupart des diphtéries laryngées puisque grâce au tubage, la mortalité en est tombée à environ 30 %.

Pourtant, récemment en Amérique, Gover avec son collaborateur Hartmann est venu proposer un perfectionnement de cette thérapeutique en y joignant, d'une part la laryngoscopie et d'autre part l'extraction à la pince des membranes et en pratiquant la succion avec un appareil spécial.

Ces auteurs font même une sérothérapie particulièrement intensive, puisqu'ils font une injection intraveineuse de sérum antidiphtérique. Je vous ai dit la raison pour lesquelles je fais des réserves sur la pratique systématique des injections intraveineuses.

D'autre part, il ne paraît pas que leurs statistiques soient très supérieures aux nôtres.

Par conséquent, si on peut retenir la méthode de Gover et Hartmann comme une méthode intéressante, il est difficile actuellement de se prononcer sur elle : et nous ne devons pas, jusqu'à plus ample information, entrer dans cette voie de l'extraction par succion et ablation des membranes ; il est beaucoup plus simple de faire une sérothérapie intensive et suffisamment rapide, qui empêche la production des membranes.

Le plus souvent, par la méthode que je vous ai indiquée, on peut arriver à guérir les sujets atteints de diphtérie laryngée ; ce n'est que dans les cas où l'on a manqué de décision et retardé la sérothérapie ou le tubage, qu'on échoue. Vous voyez l'intérêt qu'il y a à faire un bon diagnostic et une bonne thérapeutique.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Le traitement opothérapique des métrorragies

Par le Dr R. MARSAN,
Lauréat de l'Académie de Médecine.

Toute métrorragie, toute période menstruelle qui dépasse notablement en intensité et en durée la normale (nous faisons ici exception des hémorragies du post-partum) requiert un examen gynécologique approfondi. Celui-ci dictera la conduite à suivre quant au traitement causal (curettage en présence de débris placentaires, de polypes fibro-muqueux, ablation du fibrome, etc.). Mais souvent l'on ne trouve rien, l'utérus apparaît normal ; on parle alors de « métrorragies essentielles », et ce terme, là comme ailleurs, n'est qu'une expression d'attente masquant notre ignorance des causes réelles.

En fait, ces métrorragies sans cause apparente sont d'étiologie complexe. Certaines affections cardiaques peuvent les favoriser, sinon les produire. C'est au moment où s'instaure la fonction ovarienne et à son déclin qu'on les remarque avec le plus de fréquence.

Si le caractère de la métrorragie n'impose pas une décision prompte quant aux mesures chirurgicales, on agira souvent beaucoup mieux par l'opothérapie ovarique dissociée (sistomensine) que par les hémostatiques *per os* classi-

© BIU Santé

quement employés (ergotine, chlorure de calcium, ratanhia, viburnum, etc.), ainsi que le montre l'observation suivante :

Mme J..., 52 ans. Mariée à 28 ans. Deux enfants, à 6 ans d'intervalle. Lors du 1er accouchement, fièvre puerpérale, double phlébite des membres inférieurs, cystite. Pas de fausses couches, pas de leucorrhée. Règles régulières, un peu trop abondantes en général.

Cette femme, depuis octobre 1923 jusqu'à janvier 1924, a présenté cinq périodes métrorragiques dont les quatre premières durèrent de 4 à 15 jours, la cinquième un peu plus. Nous la trouvâmes, le 27 janvier, dans un état d'anémie extrême (malgré la médication reglobulisante énergique qui avait été instituée), au moment où elle entrait dans une nouvelle période de règles métrorragiques. Toute la série des hémostatiques ayant été jusqu'ici utilisée sans résultats appréciables, nous administrâmes, cette fois-ci, la sistomensine à la dose de six comprimés par jour, deux à chaque repas. Le résultat de cette médication fut vraiment surprenant : dès le lendemain le sang n'apparut plus qu'en quantité normale, presque sans caillots, et s'arrêta le 31 janvier, soit quatre jours après. Cette période métrorragique qui s'annonçait le 27 janvier comme aussi abondante et avec les mêmes caractères que les précédentes, se modifia donc très profondément dès le lendemain du traitement par la sistomensine, pour aboutir à des règles normales qui cessèrent quatre jours après, très normalement aussi. Notre malade à qui nous avons conseillé de continuer, à titre préventif, ce même traitement est partie pour Cannes, ce qui nous a empêché de la suivre, mais en absence de nouvelles contraires, nous pouvons logiquement penser que les mêmes accidents ne se sont pas reproduits, tout au moins avec la même intensité.

Nous mentionnons le cas de cette malade parce qu'il représente en quelque sorte un cas type que nous avons bien des fois retrouvé avec des variantes de peu d'importance quant au fond. C'est ainsi que nous avons connu une autre malade, une femme approchant de la cinquantaine, qui depuis plusieurs années faisait des ménorragies très abondantes avec expulsion de caillots et phénomènes douloureux assez marqués. Un traitement par la sistomensine ayant été institué, l'écoulement sanguin fut réduit considérablement. il n'y eut plus de caillots, et, fait intéressant, les phénomènes douloureux disparurent complètement.

Dans le cas de la malade dont nous avons reproduit l'observation, il s'agit, il est vrai, d'une femme ayant un passé gynécologique chargé d'une infection puerpérale lors d'un premier accouchement ; cependant l'absence de leucorrhée et de phénomènes douloureux nous laisse croire que cette infection ancienne, qui nécessita un curettage, fut bien éteinte, comme semble le corroborer l'absence de fausse couche et la venue d'une deuxième grossesse, quatre ans après, qui évolua très normalement. Cette malade s'étant refusée à tout examen gynécologique, nous ne pouvons rien dire de plus de l'état de son utérus et de ses annexes, sinon que nous n'avons pas trouvé de symptômes apparents de métrite ou d'endométrite.

Nous voudrions citer encore une observation, que nous devons à l'obligeance d'un confrère :

Mme X..., 43 ans. Rien de particulier dans ses antécédents ; tempérament sanguin, pléthorique. Rien à signaler du côté de l'utérus ; pas d'enfants. A toujours présenté des règles abondantes, durant 5 ou 6 jours, sans aucune douleur. Au mois de novembre dernier, l'écoulement restant très abondant et se prolongeant anormalement, on recourut à la thérapeutique habituelle en pareil cas : hamamelis, hydrastis, ergotine, ratanhia, etc. ; localement, injections chaudes et tamponnements au sérum de cheval. Pas de résultat ; l'écoulement menstruel persista trois semaines.

Au mois de décembre suivant, hamamelis et hydrastis ayant été pris dans l'intervalle, les règles durèrent encore 15 jours, diminuant par le repos, augmentant dès que la malade se levait.

En janvier. Traitement par la sistomensine, 3 comprimés par jour pendant les 10 jours précédant la date présumée des règles. *Il n'y en eut pas.*

En février. Pas de traitement. Règles normales durant 3 ou 4 jours.

Le traitement prolongé du mois précédent semble donc avoir eu ici une action modificatrice durable sur la cause des métrorragies, que l'efficacité de l'opothérapie montre comme étant de point de départ ovarien. (*Communiquée par le Dr Bodet*)

Dans tous ces cas il s'agit, selon toute vraisemblance, de crises métrorragiques. comme il est banal d'en observer au moment de la ménopause chez des femmes jusqu'alors normalement réglées, ou ayant présenté une certaine tendance aux règles profuses. Pour lutter contre ces métrorragies, bien qu'elles soient liées à une modification de la muqueuse utérine, il est rationnel d'instituer un traitement opothérapique par la chalone ovarienne (sistomensine) car il est presque évident que ces modifications sont presque toujours causées par une viciation de la fonction ovarienne. Celle-ci, régulière et normale, assure l'évolution physiologique de l'utérus au stade prémenstruel ; aberrante, elle détermine l'évolution pathologique de l'organe. Entre cette dernière et la première, il n'y a, en somme, que des différences de degré. L'hyperplasie muqueuse de l'endomètre co-existant avec les métrorragies de la ménopause a les mêmes caractères histologiques que l'épaississement normal du stade pré-menstruel. Ces fausses métrites de la ménopause, cause des « métrorragies crépusculaires », lorsqu'elles ne peuvent être rattachées à des lésions utéro-annexielles, reconnaissent donc à leur origine, *comme les ménorragies de la puberté*, un trouble de la fonction ovarienne, ce qui explique qu'on les retrouve aux deux pôles du cycle ovarien, au moment où il s'ouvre comme à celui où il se ferme, époques éminemment propices aux viciations fonctionnelles. Ces deux étapes extrêmes, une opothérapie bien conduite permet de les franchir avec un minimum de risques et d'ennuis.

LETTRE DE RHÉNANIE

La guerre et l'arme bactériologique

Réflexion d'un médecin sur la guerre

La lecture faite dans une ville prussienne d'un texte dû à un médecin français et consacré à une arme scientifique nouvelle m'a déterminé à noter quelques considérations qui, pour naturelles qu'elles paraissent, me semblent cependant ne pas devoir cesser, dans notre intérêt, d'être réitérées.

C'est en vivant au milieu de gens QUI NE PENSENT QU'A LA GUERRE, c'est-à-dire en observant et en écoutant des Prussiens que j'ai rédigé ces notes.

Que l'on m'excuse si l'ambiance leur a communiqué quelque peu de l'âpreté de nos adversaires !

La Guerre

Le monde contient quantité de têtes d'autruche qui, soit parce qu'elles sont frappées d'inaptitude congénitale à raisonner, soit parce qu'elles sont, plus ou moins inconsciemment manœuvrées, se refusent à distinguer entre ce qui est *désir* et ce qui est *réalité*. Une guerre, une éruption volcanique, un tremblement de terre, un ras de marée, un cyclone, un incendie nous touchent au plus vif de notre sensibilité, et la grandeur sauvage d'une catastrophe, sa poésie, ne font aimer les catastrophes que par de malheureux révoltés, par des anormaux, par certains esprits dont la prudence préfère les joies solitaires de la méditation « au-dessus de la mêlée » aux actes périlleux réclamés par la solidarité.

Tout homme normal déteste la guerre et tous les hommes — ou presque tous — détestent la mort. Mais il est aussi insensé de certifier que la guerre ne sera plus par le seul fait que l'on désire qu'elle ne soit plus, qu'il le serait de prendre à la gorge quiconque se borne à constater que nous mourrons de même que sont morts tous nos prédécesseurs et que — selon toute vraisemblance — mourront tous nos continuateurs dans l'espèce humaine.

Si notre enseignement, si notre politique, étaient pénétrés de la méthode *scientifique* et non par des méthodes pseudo-scientifiques, les têtes d'autruche seraient vouées

© BIU Santé

au mépris et à la risée. Mais, dans l'état de barbarie dans lequel nous vivons, ce sont les têtes d'autruche — parfois parce qu'elles se sont acquis des supériorités, petites ou grandes, en une technique quelconque — alors qu'elles ont laissé en friche des parts importantes de leur cerveau, ce sont ces têtes d'autruche qui nous donnent insolemment de hautaines et désastreuses leçons. « Monsieur l'Apache, dit à l'assassin terrassé l'homme à la tête d'autruche, veuillez me faire l'honneur d'accepter la main qui vous aide à vous relever ; sous huitaine vous me renverrez le portefeuille et la montre que vous m'avez volés ; inutile d'ajouter que je compte sur votre loyauté pour déclarer solennellement en tous lieux que je suis magnanime et que vous êtes battu. » Je me demande en quelle région inconnue des explorateurs, un homme — fût-il un galant homme — témoigne du zèle non seulement à subir les conditions de son vainqueur mais encore à proclamer *urbi et orbi* qu'il a été rossé. Les têtes d'autruche tiennent les Allemands pour capables de cette sorte d'héroïsme. Je suis en mesure de certifier que les Allemands ne sont pas sots à ce point.

La guerre est-elle possible ? — On affirmait que *non* avant 1870 ; on affirmait que *non* de 1870 à 1914 ; pendant la guerre de 1914 à 1918 on affirma que cette guerre était la dernière des guerres et les têtes d'autruche certifient désormais qu'il n'y aura plus jamais de guerre. Des esprits chagrins consentent bien à ce qu'une guerre survienne dans un temps éloigné mais qu'importe ? « Périssent tous nos petits-neveux pourvu que nous ne nous en fassions pas » est un principe vénéré dans le monde des têtes d'autruche.

Y aura-t-il encore des guerres ? Evidemment la réponse ne peut être qu'entachée d'hypothèse. De tout ce qui touche l'avenir — le plus lointain comme le plus proche — rien ne peut être exprimé qui ne soit hypothèse. Je ne peux pas répondre que je n'aurai pas cessé d'exister avant d'avoir achevé la phrase que j'écris. Nul scientiste — fût-il à tête d'autruche — ne peut se porter garant que l'heure qui sonne ne sera pas celle d'un cataclysme bouleversant l'équilibre stellaire et occasionnant la désagrégation des éléments de la planète.

Evidemment.

Mais se laisser dominer par des suppositions de ce genre conduirait à l'inaction, au nirvana ou au désespoir puis à la servitude. Si nous accordons foi à la survie et à la longévité de la planète et à celle de l'humanité, je prétends que nous ne pouvons raisonner *scientifiquement* sur les conditions à venir présumables de l'espèce humaine que par l'étude impartiale de la texture humaine, des lois qui, du fait de cette texture, régissent les rapports des hommes entre eux.

Dès lors des séries de questions doivent être posées qui exigent des réponses scientifiques, c'est-à-dire non influencées par tout ce qui ressortit à la *crainte*, à la *passion* ou au *désir*.

Voici quelques-unes de ces questions :

Les êtres humains sont-ils contraints, de par leur structure à vivre disséminés ou au contraire à s'agglomérer en sociétés ?

Les sociétés humaines sont-elles contraintes, de par la structure de l'homme, à s'individualiser dans l'ensemble de l'humanité, à tirer leur force et leur prospérité de cette individualisation ?

Les sociétés humaines composées d'organismes vivants, sont-elles contraintes, de par la structure de l'organisme vivant, à l'alternative de croître et de prospérer ou de décroître et de péricliter ? Celles qui prospèrent peuvent-elles prospérer autrement qu'aux dépens de certaines autres qui périclitent ou déclinent ?

De par la texture de l'homme toute société trop nombreuse ou couvrant trop d'étendue ne se désintègre-t-elle pas inévitablement en groupes hostiles les uns aux autres ?

Voilà quelques questions. Beaucoup d'autres encore doivent faire l'objet d'études — j'entends d'études scientifiques c'est-à-dire impartiales, désintéressées.

L'instrument de travail c'est l'observation : observation du *présent* : observation de ce que nous livre l'histoire du *passé*, histoire, en général, jusqu'à ce jour *a* ou *anti*-scientifique, il faut le reconnaître. Car la plupart des auteurs qui se disent et que l'on dit historiens, ont un penchant funeste à donner au passé les interprétations qui servent leurs rancunes ou leurs espoirs, à plaider, à exalter ou à dénigrer au lieu de s'en tenir à relater avec justesse. On tiendrait pour fou le chimiste qui déborderait d'affection pour l'oxygène, détesterait l'hydrogène, témoignerait de son mépris pour l'acide sulfurique et garderait des tendresses pour le chlore. Les historiens ont jusqu'à ce jour ressemblé à ce chimiste et c'est un malheur pour l'humanité qu'elle se refuse à les tenir pour fous ou pour malhonnêtes. Peut-être l'éducation intellectuelle devrait-elle commencer par l'enseignement persévérant des distinctions entre *fait acquis, fait douteux, supposition, induction, déduction, hypothèse*, et de quelques autres notions jugées élémentaires ou insignifiantes et cependant méconnues incessamment.

Pour fruste et entachée de partialité que nous paraisse l'Histoire, telle qu'elle nous est livrée, elle ne laisse pas toutefois que de nous fournir en vrac certains faits bruts incontestables. Ces faits établissent que les guerres ont toujours existé. Contre ce fait du passé, une hypothèse sur l'avenir : *les guerres n'existeront plus*.

Etant donné ce que nous savons de la structure de l'homme, nous sommes en droit de tenir cette hypothèse comme extrêmement aventureuse — beaucoup plus aventureuse encore que celle qui nous annoncerait la fin du monde dans un délai de quelques jours.

La guerre est elle explicable ? — L'existence des guerres étant un fait et la cause de ce fait n'étant pas susceptible d'explications irréfutables, le jeu est tentant de s'ingénier à lui découvrir des explications plausibles.

Les uns s'en prennent au soleil et à ses taches ; d'autres cherchent un recours dans le métaphysique. Une hypothèse peut soutenir qu'une quantité de vie tant animale que végétale, ou qu'une quantité de vie animale ne pouvant exister du fait des conditions telluriques ou cosmiques générales, que dans une proportion invariable, ou insensiblement variable, ou ne pouvant varier qu'avec lenteur, tout dépassement survenu rapidement a pour conséquence une suppression rapide d'existences, suppression rapide dont la guerre serait — dans le compartiment humain comme dans la plupart des autres — un des processus fréquents. La guerre des espèces, la guerre entre individus de même espèce, l'épidémie (1), ne serait à ce compte que des modes naturels d'une réalisation inéluctable d'équilibre.

S'il en était ainsi, les *estomacs d'autruche*, qui plus encore que les cervelles d'autruches déchaînent les guerres seraient en réalité ainsi que ces dernières des organes dont la sensibilité contribuerait à provoquer l'éréthisme nécessaire à l'accomplissement d'un acte naturel de la vie de la planète. Et le gonflement, la turgescence d'une masse humaine précédemment pacifique, masse qui se déchaîne presque subitement et devient guerrière trouverait son explication — ainsi d'ailleurs que le soulagement, la détente qui suivent l'acte physiologique, lorsque cet acte a été effectué *normalement* et *complètement*.

Il est certain que divers aspects de la guerre, le synchronisme subit des volontés, la facilité que mettent à tuer et à se faire tuer des combattants précédemment anti patriotes ou enragés de pacifisme, peuvent donner à penser que le phénomène reconnaît une autre cause que le vouloir humain, qu'il dépasse les facultés du vouloir humain. L'hypothèse rejoint donc, par des côtes importants, tout au moins par des similitudes d'aspect la conviction de nombreux croyants qui considèrent la guerre comme émanant moins

(1) La théorie voudrait que la victoire sur l'épidémie se soldât non pas seulement par une moindre extension de la vie des germes pathogènes mais encore par un renforcement des modes de suppression d'existences ; la guerre est un de ces modes.

© BIU Santé

de la volonté humaine que de la volonté divine, tout au moins comme conditionnée essentiellement par la volonté divine.

Si, par contre, nous envisageons la guerre comme un évènement susceptible d'être causé exclusivement par des volitions humaines, *c'est dans la texture même de l'homme* que *nolens, volens*, nous sommes contraints de rechercher sa raison d'être.

C'est dans la gamme des penchants humains, c'est dans les résultantes de ces penchants, dans les propensions de l'homme aux excès (de l'excès de gourmandise ou par stupre à l'excès dans la recherche d'un idéal), dans son appétit de constructivité et même dans sa raison pure, que nous pouvons trouver la raison de guerroyer.

Puis deux conditions régissent le développement d'une personnalité vigoureuse — cette personnalité fut-elle soviétique : d'une part étayer sa force, prendre de la force sur de moins vigoureux lesquels échangent du *dévouement* contre de la *protection* ; d'autre part, croître et prospérer ce qui, dans la règle, ne peut advenir qu'au détriment d'un rival ou d'un voisin.

Une hypothèse fort en faveur veut qu'une éducation méthodique puisse modifier cet état de choses. Contre cette hypothèse un fait : il n'est pas d'éducation qui puisse modifier sensiblement la texture physiologique d'un être. Par surcroît la modification escomptée serait vraisemblablement le désespoir et le suicide de l'espèce.

D'autres souhaitent la suppressiondesfrontières, la substitution de la guerre des classes aux guerres nationales. En supposant acquis la suppression des frontières on est en droit de leur demander quel est le plus haïssable du conquérant qui tue pour conquérir ou du profiteur qui — fût-il soviétiste — prospère sur les cadavres d'enfants morts d'inanition.

La difficulté, d'ailleurs, consiste à abattre les frontières. Ici l'*autrucherie* — qu'on me permette l'expression — émet victorieusement son hypothèse et l'impose didactiquement et impérativement sous la forme d'un organisme inédit : *le tribunal international*. Si la guerre est d'origine humaine, la création de ce tribunal est extrêmement dangereuse. Elle est, il est vrai, dans l'ordre des choses, car elle doit avoir pour aboutissement le phénomène humain par excellence : la création de deux partis.

Que, fût-ce avec justice, le tribunal international — bon peut être pour apaiser des litiges d'importance secondaire — déboute quelque gros plaideur,ce plaideur puissant rompra avec la ligue, entraînera des satellistes et refera la dualité qui parait bien être indispensable à l'humanité.

Contre l'argument des hypothèses peu vraisemblables : que le tribunal ne cessera jamais d'être impartial, qu'il n'y aura jamais que des plaideurs assez dociles pour ne pas rompre avec la ligue.

Et que fait-on encore d'une objection essentielle : des milliers de siècles d'hérédité guerrière font présager l'éclosion d'individualités guerrières, ennemies des chicanes de la procédure.

Ce qu'il est vraisemblable de croire, c'est que l'*émulation* ne peut pas ne pas être, et qu'elle ne peut pas ne pas être telle qu'elle est c'est-à-dire selon des modes qui comportent la guerre.

Toute société humaine doit voir dans toute autre société humaine un adversaire (ou un allié) éventuel.

Si un groupe d'homme se scinde en deux sous-groupes destinés à occuper deux territoires voisins, l'esprit de clan, germe du patriotisme, surgira *au bout de quelques jours* dans chacun des sous-groupes, même si ces sous-groupes n'ont pas été constitués en tenant compte des intérêts et des sympathies. Et ces sous-groupes ne tarderont pas à être rivaux, puis ennemis, s'il ne leur advient pas d'être englobés, en condition d'égalité, dans un groupe plus puissant.

L'amour et la haine, tous deux dérivant de passions ou d'intérêts conscients ou inconscients,sont fonction des espèces vivantes, *fonction de la planète* et c'est vraisemblablement une grande illusion que d'en prétendre changer les modes d'expression.

Il peut advenir qu'une jolie femme vertueuse déplore de n'être point purement un esprit. La jolie femme vertueuse n'est qu'une sotte si elle se consume du chagrin d'être vouée à des misères physiologiques.

Une société humaine peut déplorer d'être soumise à des misères humaines et de n'avoir pas d'ailes. Cette société fait l'autruche si au lieu de préparer la guerre pour s'acquérir la victoire, elle se destine à la défaite en repoussant, pour la seule raison qu'une guerre est haïssable, l'idée qu'une guerre peut survenir.

L'Impérialisme. — Le pharisaïsme a relégué le mot *impérialisme* au nombre des expressions dont il n'est pas décent d'user. N'est pas impérialiste l'Angleterre qui conquiert l'Afrique du Sud, prend les colonies allemandes, laisse détruire les flottes capturées ; n'est pas impérialiste l'Amérique lorsqu'il s'agit des Philippines, du Canal de Panama, ou des îlots, d'importance essentielle de l'Océan Pacifique ; ne sont impérialistes ni le Japon qui prit la Corée, la Mandchourie, Formose et s'empare d'une partie de la Chine, ni la Belgique qui s'est taillé un empire au Congo, ni la République soviétique russe qui rêve de conquérir le monde.

Les nations ressemblent à ces collégiens aux instincts sournois qui accusent hypocritement leurs voisins de faire ce qu'eux-mêmes,de façon aussi solitaire et dissimulée que possible, ne se privent pas de faire.

Je me demande s'il subsiste dans le monde quelques bipèdes, pourvus de la faculté de raisonner, à l'entendement duquel une farce aussi grossière peut laisser quelque incertitude. Peut être aussi serait-il utile de se demander si l'esprit impérialiste des anglo-saxons n'a pas trouvé l'obstacle efficace pour barrer complètement la route au concurrent latin. L'obstacle est fait d'un mot, le mot *impérialisme*, mais l'Anglo-saxon sait, à la satisfaction de son humour, que le Latin vénère, adore et redoute le mot. Un mot, un seul mot, dans une nation de parleurs, peut être un terrible maléfice.

La finesse italienne a su déjà flairer et détourner le danger. Avec une grâce très différente de la brutalité teutonne — sincère sur le point — elle se proclame impérialiste.

Impérialisme n'est qu'un mot. Il conviendrait d'en déterminer la signification. Bien mieux, il conviendrait de discerner dans un esprit scientifique, ce que contient de vrai la proposition suivante :

Une nation non parvenue au rang de nation portugalisée et dont l'existence n'est pas sauvegardée par le heurt des compétitions de puissantes nations voisines peut-elle cesser de croître sans être menacée de décroître ?

Si la réponse est affirmative, qui pourra à jamais retenir les patriotes dans les différents pays de penser : *per fas aut nefas*, ouvertement ou clandestinement « *va pour l'impérialisme* ».

A ceci l'hypothèse et même le fait peuvent objecter qu'un pays peut compter assez peu de patriotes ou bien qu'il y subsiste assez peu d'union entre les patriotes pour que ce pays puisse manifester efficacement la volonté de continuer d'exister ou même on témoigner formellement le désir.

Mais une autre hypothèse et même un autre fait d'observation permettent d'avancer que s'il en est ainsi c'est que ce pays subit un mode d'évolution vers la désagrégation et que de cette désagrégation naîtront des patriotismes nouveaux, différents de l'ancien (ou même opposés à l'ancien) à moins que de l'accident ne surgisse de l'irrédentisme.

Si le mode d'*évolution vers la désintégration* est ou finit par être bienfaisant au citoyen, ce nous entraînerait trop loin de l'examiner et peut-être conviendrait-il d'approfondir la question plutôt dans certains pays — la Pologne par exemple — que dans certains autres.

En tout état de cause, pareil mode d'évolution (l'*évolu-*

© BIU Santé

tion vers la désintégration) est exceptionnel, non général ; il se produit ici et là ou seulement à de certains moments de la vie d'une nation ; il paraît l'opposé — sauf dans les cas particuliers où il en est une expression même — de la tendance commune de l'humanité à la segmentation par groupements, tendance vivace et tenace, encore qu'elle s'ignore parfois elle-même et que pour elle-même — et pour les autres — il lui advient de s'extérioriser sous le couvert de manifestations qui ne permettent point de la reconnaître facilement.

La popularité de la thèse napoléonienne (Napoléon III) du *principe des nationalités* témoigne combien sourdement, l'humanité, en général, est travaillée par l'appétence patriotique et — si la guerre ne résulte que de volontés humaines — l'intensification de cette doctrine par des politiciens, qui n'en mesurent pas la portée a toutes les raisons de nous promettre une série indéfinie de guerres sans merci.

La guerre se modifiera-t-elle. — Si nous nous en tenons à l'hypothèse que, d'ici un temps indéfini mais fort long, le patriotisme demeurera fonction ethnique ou géographique, si même nous admettions qu'il puisse devenir généralement fonction professionnelle, je veux dire fonction de chacune des classes sociales, il paraît peu vraisemblable que les façons de prévoir, de rassembler, de commander, de gérer, de lutter viennent à différer dans leur essence. Les actes et les reflexes du combattant, ceux du vainqueur, ceux du vaincu seront les mêmes. Les manifestations de l'activité humaine dérivent de la texture humaine et seule une évolution progressive ou régressive de l'être humain pourrait se traduire par des modifications parallèles dans sa façon d'être et d'agir.

Mais une pareille évolution, fonction même de l'évolution planétaire, ne peut se produire — sauf miracle ou catastrophe cosmique — qu'avec une lenteur infinie. De là vient que nous ne pouvons pas considérer Alexandre comme inférieur à César ou à Napoléon, ni même Platon à M. Bergson. Dans l'âge planétaire que nous traversons, Confucius, Platon, Hannibal sont presque nos contemporains. Et nous ne savons même pas si l'humanité des cavernes n'a pas recélé des Aristote ou des Charlemagne.

Des conditions *éthiques, ethniques, climatiques...* l'intensité passionnelle, peuvent modifier des modalités d'expression : ce serait une erreur de s'abandonner à la foi au progrès : nos aïeux nous ont conté la *guerre en dentelles* et nous avons vécu l'*invasion*, le sac, le viol de la Belgique et de la France, assisté aux pires atrocités. L'intelligence humaine paraît fixée sinon pour l'éternité, du moins pour quelques milliers de siècles et rien ne dit que la lente évolution de l'être humain si, comme il est probable, elle existe, n'est pas ou ne sera pas régressive.

Ceci fait que l'art de tuer comme celui de commercer' comme celui de cultiver, de gérer, de jouer. etc., conserve et conservera ses principes fondamentaux.

Mais si, de par la texture même de l'homme, l'intelligence de l'homme se heurte à des limites infranchissables, par contre l'accumulation des labeurs permet l'extension presqu'indéfinie des moyens. Le jeune artisan, le jeune inventeur, héritent de l'expérience, des trouvailles de l'artisan, de l'inventeur disparus, ceux-ci eussent-ils été médiocres ; ils bénéficient également des trouvailles et des réalisations des voisins, ceux-ci fussent-ils bornés ; en sorte que le progrès, nul quant à la qualité essentielle de l'intelligence, devient *formidable* quant à la valeur, quant à la puissance des moyens dus à cette intelligence immuable.

Il est inutile d'appuyer davantage sur des considérations aussi parfaitement insipides. Les lignes qui précèdent ont peut-être toutefois l'avantage de provoquer des réflexions, de créer à l'intelligence une atmosphère utile à l'examen de l'idée : *guerre*, à assembler autour de cette idée un humus favorable à des éclosions profitables. Ce ne sont dira-t-on, que des hypothèses. Mais non ! Ce ne sont, même pas des hypothèses ; ce ne sont que des têtes de chapitre ; mais, pour vides qu'il puisse advenir qu'on tienne ces têtes de chapitre, j'attends de la bonne grâce des têtes d'autruche qu'elles veuillent bien m'en démontrer l'inanité.

Si, comme je l'espère, je me trouve en accord avec ces honorables contradicteurs, tout au moins sur des points fondamentaux, je me croirai en droit d'en tirer trois conclusions importantes.

Voici les points fondamentaux : La guerre, que ce soit la guerre entre pays ou la guerre entre citoyens d'un même pays est possible. Si les hommes se font la guerre ils la feront avec des moyens de plus en plus puissants.

Voici les conclusions :

Il est impérieusement indispensable de découvrir les moyens anciens ou inédits de l'adversaire éventuel (1).

Il est impérieusement indispensable de posséder en temps voulu des moyens, anciens ou inédits, supérieurs en efficacité à ceux de l'adversaire éventuel.

Il est indispensable d'opposer à l'attaque par surprise, que rend toujours possible notre bonhomie latine, des constructions en profondeur, des refuges souterrains.

Cette dernière proposition telle que libellée ne manquera pas de provoquer le rire. Cependant il n'est que trop vraisemblable que la prochaine guerre commencera par une averse *imprévue* de gaz toxiques, inclus en des récipients *fragiles* que des avions laisseront tomber à profusion sur Paris, sur nos villes et même sur nos villages, sur nos gares, sur nos points de concentration, sur nos dépôts de matériel. En même temps des *sur-Berthas* (2) et des avions ajouteront aux effets toxiques destructions et incendies. Alors sans doute regrettera-t-on la *construction en profondeur* c'est-à-dire l'abri souterrain assez profond pour défier la bombe et l'obus, abri aménagé pour protéger contre les dangers du gaz toxique, contre ceux de la noyade par rupture des conduites d'eau, de l'asphyxie par rupture des conduites de gaz d'éclairage, de la grillade par le court-circuit, — des souterrains approvisionnés et disposés pour que le séjour y soit longuement tenable. Nos architectes doivent dès maintenant prévoir le *danger aérien*. Il convient de ne pas attendre, pour y parer, d'en avoir été victime : il faut à l'humanité, au dessous de ses villes, des *villes souterraines*.

Des conclusions auxquelles nous conduisent les diverses considérations qui précèdent je ne dirai rien et renvoie le lecteur au *Progrès médical* du 2 juin 1924 : *La guerre des gaz et les temps de déficit*.

Par contre je désirerais exprimer mon opinion sur une arme nouvelle de la guerre, de la guerre immuable dans son essence et dans ses principes, mais modifiable infiniment quant aux moyens.

Cette arme nouvelle, c'est l'*arme bactériologique*. Nous en traiterons prochainement.

Dr G. Espé de Metz.

(Reproduction autorisée sous réserve d'indiquer que l'article est extrait du *Progrès médical* du 3 mai 1924).

(1) On peut dire : *de qui est-on certain qu'on ne sera pas l'adversaire* ? Il est de fait qu'il n'est pires ennemis que les anciens amis. Ceci ne doit pas nous amener à conclure, à la manière anglaise, que nos moyens doivent être égaux ou supérieurs à ceux du monde entier : ce serait irréalisable. La conclusion est autre : elle est qu'au point de vue militaire, comme au point de vue politique et diplomatique nous devons savoir ce qui se passe, ce qui est élaboré, médité, préparé dans le monde entier.

(2) Si les Berthas furent ce que beaucoup de techniciens admettent qu'elles furent, il faut reconnaître en elles un progrès impressionnant. Avions, gaz toxiques, berthas, thanks... sans doute verrons-nous bien d'autres nouveautés encore. L'antique fusil lui-même — si perfectionné soit-il — ne cédera-t-il pas la place ainsi que d'autres lance-projectiles, à des engins qui ne réclameront plus l'habileté du tireur *parce que l'image de l'objectif viendra se placer sur un viseur analogue au viseur des appareils photographiques.*

L'empoisonnement des eaux a fait aussi quelques progrès : *En* 1903 j'écrivais : Ce sont ces points à peine visibles qui sont les clefs du Sahara ; ce sont ces petits trous dont rien ne révèle l'emplacement qui commandent les routes du pays de la soif. Pressés de près par l'ennemi, les Touaregs font le sacrifice d'un chameau et jettent son cadavre dans le puits : l'adversaire assoiffé cesse la poursuite, réduit à rechercher au plus vite de l'eau pure... (p. 120 de la 2e édition des *Souvenirs de Tunisie et d'Algérie*, Tunis Lib. Tournier. Préface de Th. Ribot Ch. II : les Dunes).

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des varices et des hémorroïdes au moyen des injections sclérosantes

Par le Dr G. COUDRAY.

J'ai eu, à diverses reprises, l'occasion de traiter par injections phlébosclérosantes un certain nombre d'hémorroïdaires et de variqueux et ai été surpris par la simplicité, l'innocuité et les résultats obtenus par cette méthode.

Après avoir essayé, suivant la méthode de Sicard, les injections de carbonate de soude, et avoir créé chez une de mes malades, malgré les précautions prises, une escarre assez sérieuse, j'ai employé tantôt le salicylate de soude, tantôt le chlorhydrate neutre de quinine suivant la formule de Génevrier.

On a tenté de scléroser les parois veineuses avec des corps chimiques différents tels que le biiodure de mercure qui donne, paraît-il, d'excellents résultats à la dose de 1/2 pour cent, l'iode, l'acide phénique, etc. Je n'ai pas l'expérience de ces injections et jusqu'ici, enchanté des résultats obtenus, je me borne tout simplement à injecter ou du salicylate de soude à 20, 30, 40 % (Sicard), ou du chlorhydrate neutre de quinine en solution dans l'eau distillée : je me suis servi de la solution de Génevrier qui est la suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine.....	0 gr. 40
Uréthane.....	0 gr. 20
Eau distillée q. s. p.....	3 centicubes

Je dois dire que je préfère cette dernière solution au salicylate de soude qui donne dans certains cas de grosses réactions veineuses et périveineuses, réactions qui heureusement tournent rapidement court ; j'ai eu l'occasion d'observer deux fois, après injection de salicylate à 20 pour cent, du gonflement au point injecté, de la douleur, de la rougeur s'étendant en haut et en bas de la zone piquée, tous phénomènes qui s'amendèrent d'ailleurs très vite sous l'influence de compresses humides chaudes.

Avec le chlorhydrate neutre de quinine, ces phénomènes sont toujours plus atténués ; on observe un peu d'engourdissement, de lourdeur dans la jambe, parfois de la rougeur de la peau sur le trajet de la veine. La varice injectée est gonflée, dure, bosselée, légèrement douloureuse à la pression ; cette dureté ne disparaît que lentement. Longtemps après l'injection, de un à quatre mois, on sent un cordon dur, non douloureux aux lieu et place de la veine, cordon qui s'atténue, devient filiforme et disparaît enfin complètement en même temps que les arborisations vasculaires tributaires.

J'ai toujours pratiqué les injections sur le malade debout, le pied sur un tabouret. Les veines sont alors très saillantes, et, si besoin est, je comprime légèrement avec une bande élastique la racine du membre. Après les précautions d'asepsie ordinaires, je pique la veine obliquement, la pointe dirigée vers la racine du membre ; j'attends que le sang apparaisse à l'embout de la seringue pour être sûr d'être dans la veine (1), et, suivant le volume de la varice, j'injecte un, deux ou trois centimètres cubes de solution, très lentement, pour que le liquide se répande le plus loin possible dans le tronc veineux et les arborisations affluentes. Cette injection est faite en plusieurs points de la veine, séparés les uns des autres par une dizaine de centimètres.

(1) Le chlorhydrate de quinine, même injecté dans le tissu cellulaire ne m'a jamais déterminé d'escarres.

L'injection produit une thrombose veineuse et une phlébite localisée, ou mieux veinite suivant l'expression de Sicard, si l'on entend par phlébite l'inflammation veineuse causée par des microbes et par veinite l'irritation médicamenteuse de la paroi vasculaire.

Dans deux cas de dilatations ampullaires énormes de la saphène interne au confluent fémoral, j'ai fait de la compression digitale au-dessus pendant quelques minutes pendant que je faisais l'injection. Ces grosses dilatations ampullaires, de la dimension d'un œuf de poule, ont complètement disparu 3 mois après l'injection dans leur cavité de 3 centimètres cubes de chlorhydrate de quinine. L'oblitération ainsi produite dans la saphène interne à son embouchure supprime le reflux sanguin abdominal favorisé par l'insuffisance valvulaire ; la disparition variqueuse est mieux assurée et la circulation veineuse plu améliorée encore que par la résection étagée de la saphène.

L'oblitération des varices peut se faire en cuse ou mieux en deux séances. Le malade peut vaquer à ses occupations habituelles le jour même de l'injection. Les injections sclérosantes m'ont rendu de grands services dans deux cas d'ulcères variqueux rebelles et dans un cas de varice proche de la rupture, injectée au point où la peau était très amincie et en voie de perforation.

Dans aucun cas je n'ai observé d'escarre ni de menace d'escarre avec le chlorhydrate neutre de quinine et avec le salicylate de soude.

J'ai obtenu d'excellents résultats dans la cure des hémorroïdes par l'injection sclérosante de chlorhydrate de quinine Bensaude injecte du chlorydrate double de quinine et d'urée à 5 % dans le tissu cellulaire sous-muqueux au pied de l'hémorroïde, ce qui produit un œdème local et plus tard de la sclérose gênant la circulation veineuse. Je n'ai pas la pratique de ces injections. J'ai procédé pour les hémorroïdes comme pour les varices, c'est-à-dire que j'ai fait une injection d'un centimètre cube environ de solution quinique dans une veine hémorroïdaire d'un bourrelet. S'il s'agit d'hémorroïdes internes, il faut dilater, si les hémorroïdes sont externes, l'injection se fait sans dilatation. Aussitôt après l'injection, les bourrelets hémorroïdaires sont tuméfiés, durs, tendus ; cette tension dure quelques jours pendant lesquels je fais placer quotidiennement dans le rectum un suppositoire bismuthé pour isoler la muqueuse au passage des matières. Jamais je n'ai observé le moindre incident. Parfois il persiste au niveau de l'ancien bourrelet un peu de muqueuse exubérante, une marisque, que l'on peut laisser ou enlever au galvano après anesthésie locale.

Deux fois j'ai eu à traiter des hémorroïdes étranglées que j'ai guéries par le même procédé. Les douleurs ont cessé presque instantanément et quinze jours après les énormes bourrelets avaient complètement disparu.

Ce mode de traitement des hémorroïdes et des varices est intéressant de par sa facilité, son innocuité, surtout si l'on songe qu'il n'immobilise pas les malades qui, traités chirurgicalement, sont astreints à un repos à la chambre d'une dizaine de jours au minimum.

Prix de médecine navale. — Par décision ministérielle en date du 16 avril 1924 et conformément à l'avis exprimé par le Conseil supérieur de santé, le prix de médecine navale pour l'année 1924, a été attribué, *ex æquo* :

A. M. le médecin en chef de 2e classe Oudard et à M. le médecin de 1re classe Jean, pour leur travail en collaboration intitulé : *Hydarthroses et hémarthroses. Contribution à l'étude sémeiologique du genou.*

Et à M. le médecin de 1re classe Hamet, pour son manuscrit sur *L'Ecole de chirurgie de la marine à Brest* (1740-1798).

D'autre part, il a été accordé, à cette occasion, un témoignage officiel de satisfaction, avec inscription au calepin, à M. le pharmacien chimiste en chef de 2e classe Saint-Sernin, pour son mémoire ayant pour titre : *Pétrole et carburant national*.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1924

Les rapports du zona et de la varicelle. — M. *Netter* rappelle la première communication qu'il a faite, en 1892, sur les relations possibles du zona avec la varicelle. A cette époque, beaucoup de médecins se refusaient à admettre ces relations. Depuis, il a été publié un nombre considérable d'observations françaises qui prouvent la réalité de ce rapport entre les deux affections. En outre, une nouvelle preuve a été fournie, en 1920, par la méthode de réaction de Bordet et Gengou portant, pour la première fois sur 5 observations.

M. Netter a pu réunir 86 observations françaises dont 44 furent recueillies à Paris et 42 en province. En voici quelques exemples. Un étudiant en médecine, atteint de zona, reçoit un de ses collègues qui, quinze jours après, présentait une varicelle. Une autre observation, fournie par un médecin, concerne le mari et la femme, le premier ayant été atteint de zona et la seconde, quelques jours après, ayant été prise de varicelle. Un enfant de quatre ans, atteint de varicelle, est envoyé chez sa tante qui fut, une douzaine de jours après, atteinte de zona. Enfin à Nanterre, au cours d'une épidémie de varicelle dans une école, plusieurs enfants furent atteints de zona.

Dans toutes ces différentes observations on note les détails essentiels. L'intervalle qui sépare les deux affections varie de six à dix jours, mais il est le plus souvent d'une quinzaine de jours. Les arguments fournis par ces observations suffisent à justifier les conclusions de M. Netter.

Mais il est encore une autre preuve tirée de la réaction de Bordet et Gengou, réaction positive à la fois chez les varicelleux et les malades atteints de zona. Cette réaction persiste pendant très longtemps, jusqu'à huit mois et même un an. Pratiquée chez des enfants venant d'avoir la varicelle ou un zona, elle s'est montrée également positive. Il y a donc là une nouvelle preuve.

M. Netter rappelle l'opinion soutenue par Landouzy sur la contagion du zona. Parmi le grand nombre de sujets qu'il a examinés, M. Netter serait tenté d'admettre qu'il existe un zona tuberculeux, un zona syphilitique, un zona d'origine érysipélateuse, d'origine arsenicale. Il a rencontré des zonas chez les syphilitiques soumis au traitement par l'arsénobenzol. Quand, il y a des épidémies de varicelles, on observe généralement en même temps un plus grand nombre de zonas. Les examens biologiques ont montré qu'un grand nombre de zonas sont produits par le virus varicelleux.

Si on réunit toutes ces preuves on reconnaîtra le bien-fondé de la conclusion de M. Netter.

De la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec la génitalité. — M. *Jacquemin* a étudié quels pouvaient être les rapports de la tuberculose avec l'abondance des sécrétions génitales. Il a constaté que l'hypersécrétion, étant en rapport avec l'hypergénitalité, augmente la réceptivité de l'individu au bacille de Koch et que, au contraire, l'hyposécrétion augmenterait la résistance à la tuberculose.

Deux cas de pseudo-kystes pancréatiques spontanés. — MM. *Brin et Denechau* (d'Angers).

Courbes statistiques des paralysies générales. — MM. *Marie et Kohen.* — La paralysie générale serait-elle en décroissance ? Les campagnes thérapeutiques contre la syphilis auraient-elles déjà une telle conséquence sur les séquelles neurotropes tardives et les nouvelles médications arsenicales et bismuthiques permettent-elles cet espoir ?

Les statistiques générales des asiles de la Seine, des Etats-Unis d'Amérique et d'Argentine ne semblent, hélas ! pas confirmer cette vue. Ces statistiques montrent que, dans le département de la Seine, la proportion des paralytiques généraux rapportée au nombre total des entrées dans les asiles est de 12,33 p. 100 entre 1920 et 1923 contre 12,87 p. 100 entre 1919 et 1913.

Dans l'Etat de New-York, entre 1909 et 1922, la proportion de ces mêmes malades a oscillé entre 8 et 9 pour 100.000 habitants, alors qu'en Argentine les chiffres accusent même une légère augmentation au cours de ces dernières années.

D'ailleurs, ce n'est en moyenne qu'entre douze et quinze ans après l'accident primitif que la paralysie générale apparaît ; attendons encore une dizaine d'années pour vérifier si le fléchissement des statistiques syphiligraphiques retentit sur celle des séquelles neurotropes.

Certains auteurs appréhendent même un résultat contraire, considérant le neurotropisme comme la rançon des traitements énergiques des syphilis dermotropes par les arsenobenzènes.

RÉUNION NEURO-PSYCHIATRIQUE DE SAINTE-ANNE

La 5e réunion d'Etudes biologiques de neuro-psychiatrie a eu lieu le 27 mars dernier à l'Asile Ste-Anne, nous la présidence du professeur Henri CLAUDE.

MM. *Santenoise* et *Vidacovitch* montrent, à l'aide de graphiques, les modifications du tonus neuro-végétatif sous l'influence de la teinture d'aubépine (cratoegus oxycantha) en ingestion. Ils ont note la diminution et la disparition progressives du réflexe solaire en même temps qu'une légère exagération du réflexe oculo-cardiaque. Dans des cas nets d'hypersympathicotonie, les auteurs ont obtenu de bons effets thérapeutiques avec ce produit auquel ils adjoignent, en raison soit de la libération, soit de l'hyperexcitabilité du parasympathique, un paralysant du vague comme la belladone ou le gardénal.

MM. *Santenoise, Codet* et *Vidacovitch* apportent les résultats de leurs recherches sur un test de sincérité chez les toxicomanes. Les produits utilisés par les toxicomanes sont des inhibiteurs du pneumo-gastrique, supprimant le réflexe oculo-cardiaque ; celui-ci reparaît rapidement lors du sevrage. s'il y a une fraude durant la cure de désintoxication on ne voit pas le réflexe oculo cardiaque reprendre sa valeur normale. En le suivant au jour le jour, les auteurs ont pu constater que ses variations indiquent assez exactement l'ordre de grandeur des doses toxiques absorbées. Dans trois cas, ils ont pu, grâce à ce procédé, avoir la preuve de supercheries commises par les malades durant leur sevrage. Il y a donc là un moyen de contrôler la sincérité des toxicomanes au cours du traitement.

M. Henri *Claude* projette les coupes histologiques d'un cas de mélancolie symptomatique qu'il a pu étudier à la fois au point de vue clinique et au point de vue anatomique. Il s'est agi d'une jeune fille de 21 ans, sans antécédents héréditaires, chez qui s'était installé assez bruquement un syndrome clinique de mélancolie anxieuse avec immobilité, mutisme, opposition, plaintes. Il y avait eu au début quelques phénomènes hallucinatoires et l'affection dura en tout 6 mois, au bout desquels la malade, malgré l'alimentation artificielle prolongée, succomba. Elle avait eu à deux reprises des hémorragies intestinales abondantes et sur la fin de la vie paraissait souffrir beaucoup, poussait sans cesse des cris et des gémissements. A part une lymphocytose légère (17 éléments), le liquide céphalo-rachidien avait été trouvé normal. A l'autopsie on constata un amincissement considérable à des endroits déterminés des parois intestinales, amincissement consécutif à des ulcères multiples cicatrisés ou non. Au cerveau, hyperplasie diffuse des méninges, altérations de tous les éléments cellulaires du cortex, avec neuronophagie disséminée, proliférations névrogliques dans le noyau caudé, manchons leucocytaires autour des vaisseaux thalamiques. Moelle : démyélinisation des fibres nerveuses dans la zone cornu-radiculaire et les racines postérieures, sclérose vasculaire et hyperplasie méningée. Le professeur Claude discute l'étiologie possible de ce cas : hérédo-syphilis ou encéphalite épidémique ; le diagnostic différentiel ne pourra être tranché qu'après un examen minutieux, en série, des noyaux centraux, du locus niger et du locus cæruleus.

MM. *Lhermitte* et *Grenier* ont étudié l'oxalorachie dan

© BIU Santé

diverses affections. Ils ont utilisé la méthode de Kremer et Fisdal, D'après les auteurs, le liquide céphalo-rachidien contient toujours des quantités plus ou moins notables d'acide oxalique dont le taux varie de 50 milligr. à 300 milligr. par litre. L'oxalorachie ne semble nullement proportionnelle ni à l'extension ni à la qualité de la lésion cérébrale mais, pour une affection donnée et stationnaire, le taux de l'oxalorachie ne varie pas. Au contraire, celui-ci s'élève lorsque la maladie s'aggrave et, dans deux cas, les auteurs ont observé une élévation très considérable de l'oxalorachie à la période préagonique.

MM. *Lhermitte* et *Cuel* projettent les coupes histologiques se rapportant à un cas de maladie d'Alzeimer typique. Les lésions fondamentales consistent dans la surcharge lipoïdique et la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses du cortex, l'infarcissement des gaines péri-vasculaires par les granulations graisseuses, le nombre considérable des « plaques séniles » et leur confluence en certaines régions telle que l'aire calcarinienne, par exemple ; l'intensité de la légion neuro-fibrillaire décrite d'abord par Alzeimer ; enfin dans les altérations régressives et dégénératives du corps strié. C'est à cette lésion striée que les auteurs rattachent l'origine d'une série de manifestations communes dans cette variété de démence pré-sénile et dont, jusqu'ici, la nature n'avait pas été définie.

MM. G. *Bourguignon* et P. *Schiff* ont étudié l'excitabilité musculaire chez divers malades du Service de prophylaxie mentale (Dr Toulouse). *La mesure de la chronaxie chez dix sujets présentant un syndrome clinique de psychasthénie*, ainsi que chez deux cyclothymiques à la phase dépressive pris comme témoins, a donné des valeurs tantôt normales et tantôt pathologiques. Les chronaxies étaient normales chez deux cyclothymiques et, d'autre part, chez les psychasthéniques qui se plaignent avant tout d'une incapacité de l'effort intellectuel, sans signes accusés d'asthénie musculaire. Au contraire la chronaxie était altérée (quelquefois augmentée et le plus souvent diminuée) chez les malades dont la faiblesse musculaire conditionne les troubles psychologiques et chez ceux dont le syndrome asthénique s'accompagne de gros désordres vago-sympathiques. Ces recherches seront continuées, leur confirmation permettrait peut-être une classification pathogénique des psychasthénies.

REVUE DE LA PRESSE

Les lois de la sécrétion rénale de l'urée.

D'après les recherches expérimentales sur l'homme de MM Paulesco, Marza, et Trefu (*Journal d'urologie*,, mars 1924), les lois de la sécrétion rénale de l'urée peuvent être exprimées de la façon suivante :

Le débit de l'urée varie en *raison directe* avec la concentration de l'urée dans le sang.

Il est *constant*, lorsque la concentration uréique du sang est elle aussi *constante*.

Il n'est pas influencé par la concentration uréique de l'urine qui dépend seulement de la quantité d'eau dont dispose l'organisme.

L'orchi-épididymite méningococcique.

Les manifestations orchi-épididymaires au cours de maladies infectieuses autres que la gonococcie, les oreillons, la tuberculose, la syphilis, ont fait l'objet de multiples publications de MM Sabrazès, de Grailly et Imbert (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 20 avril 1924).

Le travail est une contribution nouvelle à l'étude des orchi-épididymites apparaissant au cours de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. L'observation publiée en est un exemple d'autant plus suggestif qu'une série de complications oculaires et articulaires ont évolué en même temps que l'orchi-épididymite double chez un sujet, atteint de purpura, infecté par le méningocoque B, sujet ayant présenté des accidents de septico-pyohémie méningococcique mais qui a fini par guérir.

Elle montre que les fonctions génitales ne sont pas perturbées chez un sujet qui a eu une orchi-épididymite double méningococcique. Suivi pendant six ans, cet homme n'a nullement perdu sa virilité et n'est pas atteint d'azoospermie. C'est l'histoire détaillée de ce cas que l'on a pu lire au début de ce travail. Contrairement à ce qu'on observe dans les orchites doubles gonococciques, syphilitiques, tuberculeuses, ourlienne, etc., nous avons établi que le liquide spermatique de cet homme est tout à fait normal plusieurs années après sa double orchite.

Un procédé pour guérir instantanément la sciatique

C'est M. Jacquerod (de Leysin) qui l'indique (*Revue médicale de la Suisse Romande*, avril 1924) parce qu'il lui a réussi :

« Il y a une dizaine d'années dit-il, j'ai été atteint de crises aiguës de sciatique, très douloureuses et très prolongées. Un jour, étant à cheval, au service militaire, je fus pris subitement d'une crise intense. Instinctivement, je fis quelques mouvement pour chercher à soulager ma douleur, et, tout à coup, comme par enchantement, le mal avait disparu.

Quelques jours plus tard, pris d'une nouvelle crise, un peu moins forte mais persistante, je me remis en selle, afin de chercher à reproduire le mouvement qui m'avait si bien réussi ; immédiatement, le mal disparut. Dès lors, je suis resté plus de dix ans sans resentir aucune douleur.

Dernièrement, à la suite d'une course de montagne, je ressentis de nouveau, quelques crises de sciatique, assez désagréables. Je me souvins alors de mon merveilleux remède d'autrefois et je cherchais à reproduire le même mouvement ; mais, n'ayant point de cheval à ma disposition, la chose me fut un peu plus difficile ; cependant, j'y parvins et j'eus le loisir d'analyser les différents temps de la manœuvre, que je vais tenter d'expliquer ici.

A cheval : 1° Raidir la jambe malade, en appuyant l'avant du pied sur l'étrier. 2° Abaisser autant que possible le talon, la jambe restant raide. 3° Faire un mouvement de supination, aussi prononcé que possible du pied et de la jambe entière, jusqu'à la hanche (en gardant toujours la jambe raide et le talon fortement abaissé). 4° Relever autant que possible le haut du corps et les épaules, tout en tournant le torse en sens inverse du mouvement de la jambe, c'est-à-dire en regardant en arrière par dessus l'épaule du côté malade (toujours, bien entendu, en maintenant l'effort et la position de la jambe).

A pied : 1° S'étendre sur un lit de bois. 2° Raidir la jambe malade, en appliquant la plante du pied contre le fond du lit. 3° Tourner le pied en même temps que toute la jambe, jusqu'à l'articulation fémorale, en supination forcée, tout en appuyant fortement avec le talon contre le fond du lit (comme si l'on voulait allonger la jambe par le talon). 4° Faire un mouvement de torsion du haut du corps en sens inverse, tout en allongeant le torse et en élevant les épaules autant que possible.

La manœuvre consiste donc en la conbinaison de deux mouvements, ou plutôt de deux groupes de mouvements, en sens inverse. D'une part, un mouvement de torsion de toute la jambe, jusqu'à la hanche, dans un sens, et un mouvement de torsion du haut du corps dans le sens opposé, d'autre part, un effort d'allongement de la jambe dans une direction, combiné avec un effort d'allongement du haut du corps dans la direction opposée.

Le soulagement éprouvé est parfois si soudain que cela fait penser à la manœuvre de la réduction d'une luxation d'épaule par le procédé de Koch.

Je sais qu'il y a sciatique et sciatique. Essayez tout de même ! si vous ne voulez pas laisser au confrère le meige une chance de guérir votre malade.

Les anémies post-hémorragiques et leur traitement.

Les anémies post-hémorragiques comprenent, dit M. Roque (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1924) des anémies simples légères, où il n'y a que des altérations quantitatives de la formule sanguine : pas de réaction myéloïde, une crise leucocytaire passagère et une crise hématoblastique, terminale. Et des anémies

© BIU Santé

graves comportant des altérations sanguines à la fois quantitatives et qualitatives et des réactions myéloïdes importantes.

Dans le 2e groupe, il y a au point de vue clinique et hématologiques trois variétés : 1° une forme orthoplastique correspondant aux hémorragie massives aiguës foudroyantes ; 2° une forme métaplastique créée par les hémorragies graduelles continues, répétées ; 3° une forme aplastique heureusement rare, de pronostic fatal, n'appartenant qu'aux purpuras toxi-infectieux ou à l'hémophilie.

Il faut en effet réserver une place à part, au point de vue de la pathogénie comme au point de vue du traitement, aux hémorragies consécutives à l'hémophilie, curables par les injections de sérum maternel : 2° aux états hemophiliques qui peuvent arriver à justifier la splénectomie et 3° à l'hémogénie qui guérit parfois par l'opothérapie.

Dans le traitement des autres anémies post-hémorragiques, M. Roque insiste spécialement sur les résultats des transfusions sanguines, de la radiothérapie de la rate et de la moelle osseuse et sur les inbalations d'émanation de Thorium.

Le syndrome anémique dans les leucémies

L'anémie est un symptôme constant au cours des leucémies ; mais, dit M. J. Chalier (*Journ. de médecine de Lyon*, 20 avril 1924), son degré et son moment d'apparition ne sont pas soumis à des conditions fixes.

Elle est souvent poussée à d'extrêmes limites dans les leucémies aiguës. Elle est légère, moyenne, ou grave dans les leucémies chroniques : ici les hématies nucléées en proportion notable dans la variété myéloïde, font presque totalement défaut dans la forme lymphatique. L'abaissement du nombre des hématies n'est proportionnel ni au taux des globules blancs, ni au développement de la rate ou des ganglions.

Les traitements dirigés contre la leucémie influencent l'anémie. Des réserves sont à faire en ce qui concerne le benzol, souvent très dangereux pour les globules rouges. La radiothéraphie, le thorium, utilisé de préférence en émanations, modifient souvent de façon très favorable le rapport $\frac{\text{globules blancs}}{\text{globules rouges}}$ et parfois même entraînent de l'hyperglobulie rouge. Cependant les rechutes sont fatales.

Pour augurer de l'avenir d'une leucémie on aura surtout à considérer l'état des globules rouges et leurs modifications par les agents thérapeutiques utilisés.

Si l'anemie est un symptôme fréquent des leucémies, il paraît impossible d'admettre l'authenticité du syndrome leucanémie, de même que des types de passage entre les leucémies et les anémies pernicieuses.

L'anémie dans les leucémies résulte exceptionnellement ou du moins pour une faible part d'un processus hémolytique ; elle résulte de l'étouffement du tissu érythropoiétique par les néoproductions blanches.

Améliorée par les traitements dirigés contre la leucémie, elle nécessite l'usage de médications adjuvantes.

REVUE DES THESES

Contribution à l'étude du rachitisme. (Dr Gabrielle Pouchet-Souffland, Thèse de Paris 1924.)

L'auteur de ce travail original propose, pour interpréter la pathogénie et l'étiologie du rachitisme une explication qui paraîtra quelque peu subersive à ceux qui sont imbus des théories classiques actuelles. Tout en reconnaissant à l'alimentation vicieuse une importance qu'on ne saurait d'ailleurs lui dénier et qui fait l'objet d'un chapitre très intéressant et au courant des études les plus récentes relativement à la question des vitamines, Mme Pouchet-Soufflard attribue à un trouble du système nerveux, qu'il s'agisse de régulation ou de trophisme, la part la plus importante dans la détermination de la maladie.

D'observations recueillies depuis longtemps et très soigneusement à la consultation du professeur Auguste Broca, il apparaît que les sujets faisant du rachitisme présentent prématurément des signes d'insuffisance de leurs cellules nerveuses, alors que tout défaut dans l'alimentation doit être absolument écarté.

« Ces enfants semblent être venus au monde avec un achèvement incomplet de leurs cellules nerveuses, inachèvement légué soit par une mauvaise grossesse, soit par un état d'infériorité d'un des géniteurs au moment de la conception, soit par une tare héréditaire proprement dite : tuberculose, syphilis, intoxications, notamment : paludisme, éthylisme, saturnisme, etc. On retrouve, en effet, toujours, dans l'hérédité du sujet rachitique, une de ces tares ou un état passager d'infériorité lorsque la mère a eu une grossesse pénible. Il apparaît donc que les troubles digestifs ne conditionnent pas les troubles nerveux, mais, sont au contraire, conditionnés par eux et qu'ils agissent simplement en augmentant et en prolongeant la déficience de la cellule nerveuse, ce qu'est également capable de produire l'intervention d'une maladie infectieuse telle que : rougeole, coqueluche, broncho-pneumonie, etc. »

La question, ainsi nettement posée dans le *Préambule* du travail, est déduite de plus de 700 observations dont 560 sont compendieusement détaillées et reproduites dans des tableaux dont la lecture entraîne la conviction.

S'il est relativement court, le chapitre consacré au traitement n'en est pas moins fort intéressant parce qu'il reproduit avec une précision et une netteté parfaites les moyens employés pour amener les heureux résultats figurant dans la colonne *Evolution* du tableau, et ce chapitre est complété par l'indication des régimes alimentaires auxquels il convient de soumettre les petits malades.

« Les excellents effets obtenus dans le traitement rationnel du rachitisme à l'aide des modificateurs de la nutrition : phosphore, mercure, iode, calcium, magnésium, fer, entraînant une modification secondaire du système nerveux soit central, soit sympathique, viennent à l'appui de l'importance du rôle qu'il faut attribuer au système nerveux dans l'étiologie du rachitisme. »

En résumé, la question du rachitisme est très nettement et clairement exposée. Un chapitre est consacré à l'historique ; un autre, le plus étendu, à l'étiologie et à la pathogénie, dans lequel l'alimentation et le rôle des vitamines tiennent une place prépondérante ; la symptomatologie et l'anatomie pathologique sont également exposées d'une façon succincte, et le travail se termine par un chapitre consacré au traitement, puis par le résumé des observations.

Une bibliographie, très sobre quoique suffisamment complète, termine cette dissertation qui constitue de la sorte une monographie fort intéressante au point de vue du rachitisme.

Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies mentales. (Lauzier. Thèse Paris, 1923.)

Après un exposé du principe général et de la technique précise utilisée, Lauzier, rappelant les causes possibles d'erreur, montre que l'on peut seulement considérer comme anormaux les résultats dont l'écart dépasse 10 % de la valeur normale du M. B. Ce nombre, qui mesure la quantité de chaleur minime émise par l'organisme, est directement influencé par l'activité musculaire.

Ce fait en complique l'étude, au cours des maladies mentales notamment dans les états d'agitation, dans la manie, en particulier. Avec une méthode patiente et critique, Lauzier a pu l'étudier, à diverses reprises, chez 53 psychopathes.

Les chiffres sont sensiblement normaux dans les psychoses délirantes systématisées, dans la paralysie générale au début, dans la démence précoce et l'épilepsie, sauf au moment des crises d'agitation ou des accès convulsifs ; mêmes nombres dans le mongolisme.

Le M. B. est élevé, de façon très nette, dans les états hyperthyroïdiens et surtout dans la maladie de Basedow. A côté de ces faits, classiques maintenant, on retrouve son accroissement

© BIU Santé

chez les alcooliques chroniques, même en dehors des accidents subaigus, et chez les mélancoliques anxieux. Mais on retrouve ici, peut-être, un facteur d'accroissement analogue à celui qui se rencontre chez tous les sujets présentant des mouvements involontaires ou des tremblements et, particulièrement, chez les choréiques.

Son abaissement se constate dans le myxœdème ; la réascension de sa valeur au cours du traitement permet d'apprécier la dose thérapeutique appropriée. Le M. B. est encore abaissé dans la paralysie générale avancée, dans la mélancolie sans agitation anxieuse, dans la démence sénile.

Dans les séquelles de l'encéphalite épidémique, avec rigidité, on trouve un abaissement, pouvant atteindre jusqu'à 43 %. En ce cas, l'action adjuvante de la scopolamine permet de constater une réascension, parallèle à l'amélioration motrice. Réciproquement les troubles vaso-moteurs et surtout le tremblement conduisent à des chiffres plus élevés, ou, en tout cas, abaissés ; c'est alors que la scopolamine, réduisant le tremblement, amène, inversement une diminution du M. B.

Comme on le voit, d'après ces résultats, à côté des syndromes hyperthyroïdiens, c'est surtout à l'activité musculaire qu'il faut rapporter les modifications importantes du M. B., tout aussi bien dans les maladies mentales.

H. Codet.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur les propriétés thérapeutiques du glucoside cristallisé isolé du bulbe de la scille.

On a longtemps discuté sur les propriétés pharmacodynamiques de la Scille, et, en particulier, sur sa valeur cardio-tonique. Les travaux des auteurs aboutissaient à des conclusions très différentes et il ne pouvait en être autrement, à cause de la teneur très variable des bulbes en principes actifs.

Récemment, ces recherches ont été reprises d'une façon tout à fait scientifique, en partant non plus de la scille, mais du glucoside cristallisé, isolé du bulbe de la scille par Stoll et Suter : le Scillarène. Grâce à la pureté chimique de ce corps nouveau, et à son absence d'inconvénients locaux et généraux (1), grâce aussi à la constance de ses effets physiologiques, l'expérimentation a été précise, et, l'action cardio-tonique du principe actif de la scille est désormais établie. Le Prof. Gabriel Perrin a montré que ce glucoside relève la pression artérielle, renforce la systole, allonge la diastole. Calac, dans sa thèse inaugurale, a confirmé ces recherches, et, les observations publiées, depuis lors, par divers auteurs, ont montré que le Scillarène agit directement sur la fibre cardiaque et augmente légèrement la pression artérielle.

En ce qui concerne les propriétés diurétiques, le glucoside de la scille s'est montré particulièrement actif.

Sans citer à nouveau les précédents auteurs qui consacrent à ce sujet une place importante dans leurs travaux, notons le passage suivant du Cours de thérapeutique de M. le professeur agrégé Harvier à la Faculté de Paris :

« Les préparations galéniques de scille sont un peu comme « les préparations galéniques de digitale. Le médecin ne « peut compter sur elles parce qu'elles sont d'activité iné- « gale. La teneur en principes actifs des bulbes de scille « est, en effet, extrêmement variable. Depuis quelques an- « nées, ce principe actif a été isolé. C'est un glucoside cris- « tallisé employé actuellement sous le nom de Scillarène.

« Le Scillarène est un diurétique que l'on peut utiliser, « soit sous la forme de comprimés dosés au demi-milli- « gramme (1 à 4 comprimés par jour), soit sous la forme « de solution, titrée à 1 pour 2000, dont on donne 15 à 60 « gouttes par jour.

« C'est une substance très active. On peut également ad- « ministrer le glucoside de la scille en injection et il existe « des ampoules de Scillarène dont un cc. correspond à en- « viron 2/10es de milligr. de principe actif, on injecte 1 à 3 « cc. par jour. »

Enfin, dans un travail fort intéressant sur la *médication diurétique*, paru tout récemment, le même auteur écrit : « Le Scillarène est un utile adjuvant de la digitale, à partir du moment où celle-ci a épuisé son action, ou ne peut plus être administrée, sans inconvénients, et il en prolonge l'action diurétique. »

Ce sont là des faits nouveaux et qui marquent, pour la médecine cardio-rénale un véritable progrès. Pratiquement, ils se résument en trois conclusions essentielles :

1° Le scillarène agit quand la digitale n'agit pas ;

2° Il maintient la compensation ;

3° Il permet au médecin un traitement cardio-rénal prolongé et sans inconvénients.

La découverte du glucoside cristallisé du bulbe de la scille a donc une grande importance pour le cardiologue et l'on comprend pourquoi Cheinisse a pu écrire « la Scille est réhabilitée ».

Dr J. Randon.

Prof. Gabriel Perrin. — *Gazette des Hôpitaux*, 10 juillet 1923.

Dr Calac. — *Thèse de Toulouse*, 1923.

Dr Barjou. — *Bulletin Medical*, 19 janvier 1924.

Dr Madoul. — *Journal des praticiens*, 22 mars 1924.

Prof. agrégé Harvier. — *Cours de thérapeutique* de la Faculté de Médecine de Paris, 16 janvier 1924 et *La Médecine*, 20 mars 1924.

Prof. agrégé Rathery. — *Paris Médical*, 1er décembre 1923.

Dr Cheinisse. — *La Presse Médicale*, 4 août 1923, et l'*Année Therapeutique*, 1923.

(1) Le Scillarène est sans danger d'accumulation et sans inconvénients pour l'estomac et le rein.

© BIU Santé

L'Opothérapie est à l'ordre du jour!

Vous aurez les plus beaux succès cliniques avec les **Produits Organothérapiques**
A. RICHARD, extraits totaux vraiment impeccables et **SANS ODEUR**

L'intéressant ***Memento d'Organothérapie Clinique,*** mise au point impartiale de la question de l'Opothérapie, est envoyée à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39 —

Reminéralisation et Recalcification intensives
PAR
AUTOFIXATION, DANS LES TISSUS,
DU PHOSPHATE TRICALCIQUE
NAISSANT ET COLLOÏDAL

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE DE CHAUX
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE
(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

DEUX FORMES

COMPRIMÉS — SOLUBLES SEULEMENT DANS L'INTESTIN
1 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR, SUIVANT L'AGE

AMPOULES — INJECTABLES. UNE AMPOULE DE 1 cc. PAR JOUR, EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES OU INTRAMUSCULAIRES

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)
DRAEGER

R. C. Seine 133.142

Préparé par les
LABORATOIRES
DU
NUJOL
Standard Oil Cº
(New-Jersey)
NEW YORK



PARFAITE UNIFORMITÉ

Une parfaite uniformité est ce qui différencie principalement le **NUJOL** des autres huiles de vaseline.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables dans le traitement de la constipation parce qu'il est invariable dans sa composition et ses propriétés physiques.

Le **NUJOL** est agréable à prendre ; il ne cause ni nausées ni autres désagréments.

Le **NUJOL** est particulièrement recommandé pendant la grossesse et la période d'allaitement.

Echantillons et brochures sur demande
BEDFORD PETROLEUM Co
88, Av. des Champs-Elysées
PARIS

Nujol
MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation
LE LUBRIFIANT IDEAL DE L'INTESTIN.

Agent de Vente
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Tabor
PARIS

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Le Caducée considéré comme l'attribut de la médecine

Les attributs par lesquels il est convenu de représenter la médecine et les médecins sont loin de concorder dans les différentes armées. M. le médecin principal BOIGEY le fait remarquer (*Bul. de la Soc. de méd. militaire française*, 7 et 21 février 1924) et explique cette dissemblance :

« Le caducée des médecins français, dit-il, est représenté par un faisceau de licteur couronné d'un miroir et autour duquel s'enroule un serpent.

L'emblème des médecins américains nous offre deux ailes éployées au sommet d'une baguette autour de laquelle s'entrelacent, en sens inverse, deux serpents. Quant au caducée des médecins britanniques, il comporte une baguette simple autour de laquelle s'enroule un serpent unique.

Je passe sur d'autres variantes et veux m'en tenir à ces trois symboles, qui représentent chacun, d'une manière caractéristique, ce que l'on appelle le « caducée » et que nos alliés et nous portons sur nos uniformes comme attributs distinctifs de nos fonctions.

La vérité, Messieurs, est que l'on confond le caducée de Mercure et le bâton serpentaire d'Esculape.

Dans l'iconographie mythologique, le caducée à deux ailes et à deux serpents de l'armée américaine apparaît comme le signe inséparable et absolument personnel d'Hermès. Il a été successivement appelé ῥάβδος (rabdos) et κηρύκειον (kerukeion) *virga* et *caduceum*, en latin. Il était naturel qu'Hermès eût un bâton de main, d'une ou d'autre forme. Il a été pâtre et, dans la poésie homérique, on lui met à la main, non pas le σκῆπτρον (skeptron) des héros et des rois, mais la baguette, comme à la magicienne Circé. Les peintres qui, les premiers ont figuré les conceptions homériques, ne l'ont jamais représentée comme une simple verge lisse et droite, mais sous la forme d'une tige compliquée, généralement bifurquée à l'une de ses extrémités. Les bifurcations se recourbaient, de manière à former un 8 ouvert par en haut ou deux cercles complets.

Ce n'est qu'au Ve siècle que le croisement des parties recourbées devient l'enlacement de deux serpents, dont les queues coïncident, dont les corps décrivent un S, dont les têtes se regardent. Comment s'est faite la métamorphose ? Sans doute, par simple développement d'un motif ornemental que les artistes grecs avaient emprunté à des emblèmes orientaux sans en approfondir la signification. C'est ainsi qu'on a découvert sur un objet chaldéen datant de trente siècles avant notre ère, deux serpents enlacés figurant les lignes mêmes du caducée-type.

Ovide nous a expliqué, dans les *Métamorphoses*, la signification du caducée bi-serpentaire et ailé par la légende suivante : Hermès, se trouvant un jour en Arcadie, rencontra deux serpents qui se battaient. Il jeta sur eux sa baguette pour les séparer et il les vit s'y enrouler, en cessant aussitôt leur combat. Cette fable est beaucoup postérieure à l'existence même de l'attribut.

Quoi qu'il en soit, le caducée des médecins américains a toujours été le symbole de la paix, de la concorde et, par une extension bien explicable, du commerce. A aucun titre, il ne saurait être considéré comme un attribut médical. Rien, dans son histoire, ne justifie qu'on en fasse la marque distinctive des médecins. Il est celle des messagers, des hérauts, des ambassadeurs, et, par extension, des commerçants et des marchands.

J'arrive au bâton serpentaire d'Esculape, fidèlement représenté par l'attribut porté par les médecins anglais, moins fidèlement par l'attribut distinctif des médecins français. C'est par une autre extension abusive donnée au sens de ce mot, qu'on a appelé « caducée » ce bâton serpentaire. Il n'en est point un. Sans doute, il en rappelle la forme, mais il en diffère et par l'image qui ne comporte qu'un serpent unique et point d'ailes.

Dans tous les monuments de l'antiquité, le dieu de la médecine est représenté sous les traits, tantôt d'un homme d'âge mûr au visage grave, tantôt, quoique plus rarement, d'un homme jeune, sans barbe, et coiffé d'un bonnet. Dans presque tous les cas, son bras s'appuie sur un bâton autour duquel s'enroule un serpent. Quand le bâton est absent, le serpent s'enroule autour de l'avant-bras du dieu ou se dresse, libre, à ses côtés. Souvent, on voit aux pieds d'Esculape un coq ou un chien, symboles de la vigilance. Mais alors que ces deux attributs peuvent faire défaut, le serpent ne manque jamais. Sur une médaille de P. Lucinius Valerianus, le père de la médecine est figuré assis, présentant de la main droite, une patère et un serpent. Au musée du Vatican, il s'appuie sur un long bâton autour duquel s'enroule un serpent. Un bas-relief trouvé à Athènes, nous montre Esculape et Hygie placés sur un lectisterne, près d'une table couverte de fruits et de gâteaux, vers lesquels se dirige le serpent.

La fable veut que, foudroyé par Jupiter, Esculape ait été placé parmi les constellations, sous le nom de Serpentaire. Dans son temple d'Epidaure, le coq et le chien, symboles de la vigilance et le serpent, emblème de la prudence, lui étaient consacrés.

D'autre part, le serpent rappelle la métamorphose du dieu quand il se porta au secours de Rome ravagée par la peste. Au livre XV des *Métamorphoses*, Ovide relate cette circonstance solennelle. C'est sous la forme d'un serpent qu'Esculape passe en Italie et met fin au fléau.

(*Voir la suite page* **392**)

FARINES MALTÉES JAMMET
de la Société d'Alimentation diététique
RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
Alimentation des Enfants
Farines très légères
RIZINE
Crème de riz maltée
ARISTOSE
à base de farine maltée de blé et d'avoine
CÉRÉMALTINE
(Arrow-root, orge, blé, maïs)
Farines légères
ORGÉOSE
Crème d'orge maltée
GRAMENOSE
(Avoine, blé, orge, maïs)
BLÉOSE
Blé total préparé et malté
Farines plus substantielles
AVENOSE
Farine d'avoine maltée
CASTANOSE
à base de farine de châtaignes maltée
LENTILOSE
Farine de lentilles maltée
CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS
Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — *Brochure et Échantillons sur demande.*
Dépot général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris.
EXIGER LA MARQUE DE FABRIQUE SALUS ET SCIENTIA
R. C. Seine : 208.358.

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

Paraplégies spinales par compression,

Par M. le Professeur **Ch. ACHARD**,
Secrétaire général de l'Académie de Médecine.

Les *paraplégies spinales* ne sont pas dues toujours à des myélites proprement dites, à des lésions nées dans la moelle ; elles peuvent résulter aussi de *lésions extra-médullaires* qui secondairement altèrent la moelle et ses racines. Vous en avez précisément plusieurs exemples sous les yeux. Dans de pareils cas, le diagnostic mérite toujours d'être discuté, non pas tant parce que l'existence de ces lésions extra-médullaires est difficile à reconnaître, que pour l'intérêt qui s'attache à préciser leur nature et surtout leur siège exact, aujourd'hui que l'intervention chirurgicale tend à devenir plus fréquente et plus efficace dans ses applications aux affections rachidiennes.

Vous savez que la moelle épinière, enfermée dans le canal vertébral, participe aux changements de courbure que subit le rachis dans les mouvements du tronc ; mais elle est protégée contre les violences extérieures et contre les inflexions trop brusques par le liquide dans lequel elle baigne et qui fait partie de ce que j'appelle les sérosités de soutien.

Toutefois, cette protection physiologique n'est pas toujours suffisante dans les conditions pathologiques. Des chocs brusques, déterminant des fractures et luxations des vertèbres, des projectiles pénétrant dans le canal rachidien, des traumatismes entraînant des ruptures et des déchirures de tissus, peuvent blesser la moelle.

Au n° 1 *bis* de la salle Barth, vous voyez un employé de chemin de fer, âgé de 31 ans, qui, le 10 septembre, tandis qu'il traversait les voies, fut renversé par un train qui marchait machine en arrière. En tombant il eut la présence d'esprit de rester à plat ventre entre les deux rails, sous le train, dont les wagons passèrent sans lui causer de mal, mais dont la locomotive, venant en dernier, le heurta violemment, par son cendrier, dans la région dorso-lombaire.

Transporté à l'hôpital dans un service de chirurgie, on lui trouva 3 côtes fracturées, de la 6e à la 8e à droite, près de l'angle postérieur et de plus, une fracture du rachis avec une saillie notable des apophyses épineuses de la 12e dorsale et de la 1re lombaire. Les membres inférieurs étaient paralysés ; il y avait une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme pendant une quinzaine de jours, mais la sensibilité était intacte. On fit une contention du thorax avec une large bande de diachylon et le blessé fut immobilisé dans une gouttière de Bonnet.

Six semaines plus tard, il devint possible de le faire lever, mais il ne pouvait se servir qu'avec peine de la jambe gauche.

Quand on le passa dans notre service, le 21 novembre, plus de deux mois après l'accident, il marchait difficilement en s'aidant d'une canne et ne pouvait guère élever le genou gauche. Tout le membre inférieur gauche était le siège d'une atrophie musculaire, surtout marquée au quadriceps crural, et, au palper, on sentait un reste de muscle de consistance dure et fibreuse.

La mensuration donnait, pour la circonférence des deux membres inférieurs, les résultats suivants :

Racine de la cuisse.....	43 cm. à droite, 40 cm. à gauche.
Tiers infér. de la cuisse..	35 cm. à droite, 34 cm. à gauche.
Milieu du mollet.....	30 cm. à droite, 27,5 à gauche.

Le réflexe rotulien était aboli de ce côté seulement. Mais les réflexes achilléens et plantaires étaient des deux côtés normaux et il n'y avait pas de clonus.

Ainsi l'on ne trouvait pas de signes spasmodiques indiquant une sclérose descendante de la moelle. L'atrophie musculaire pouvait relever d'une lésion très limitée des racines de L_2 ou de la corne antérieure d'origine, et elle expliquait elle-même l'abolition du réflexe rotulien de ce côté. D'ailleurs, l'examen électrique montrait l'inexcitabilité complète du quadriceps crural et du couturier et la faible excitabilité de l'adducteur.

Il est intéressant de noter aussi que les réflexes abdominaux, anal, crémastérien, fessier et celui du tenseur du fascia lata étaient conservés. Comme les réflexes abdominaux inférieurs et le réflexe crémastérien répondent, par la situation de leurs centres, à D_{12}, L_1 et L_2, on en pouvait conclure que la moelle ou les racines antérieures n'étaient que partiellement atteintes. De plus, l'intégrité de la sensibilité sous tous ses modes témoignait de celle des parties postérieures. Il n'y avait pas non plus de troubles vaso-moteurs ni trophiques.

Quant à la déformation vertébrale, elle reste très apparente, formant deux saillies au niveau de la 12e dorsale et de la 1re lombaire.

La radiographie de profil fait voir une fracture du corps vertébral de la 12e dorsale et une autre qui divise la 1re lombaire en deux fragments soudés par un pont osseux.

Comme les troubles moteurs sont en voie d'amélioration, il y a lieu de penser à une lésion très limitée de la racine antérieure de L_2, en voie de réparation. Y a-t-il eu un petit foyer d'hématomyélie dans la corne antérieure, ou une compression ou section partielle de cette racine antérieure ? C'est ce qu'il est difficile de décider.

Dans ces *paraplégies traumatiques*, il s'agit de lésions brutales, brusques, consistant en une pression violente, destructive, mais dont l'action n'est que momentanée, si les effets en sont plus ou moins durables.

Une autre sorte d'altérations est produite par ce qu'on appelle les *compressions médullaires* : ce sont aussi, du moins en grande partie, des effets de pression, mais qui s'exercent avec continuité. Ils résultent de processus qui, le plus souvent, évoluent avec lenteur, encore qu'ils puissent parfois présenter dans cette évolution des incidents aigus.

Les grandes causes de ces compressions médullaires sont : d'abord les tumeurs, dont les unes, bénignes, se développent avec une très grande lenteur, et les autres, malignes, avec une rapidité relative ; ensuite et surtout la tuberculose vertébrale qui se manifeste sous la forme morbide appelée communément le mal de Pott.

Les tumeurs bénignes sont des plus variées dans leur nature, depuis les fibromes, endothéliomes, gliomes, jusqu'aux kystes hydatiques. Les tumeurs malignes sont parfois des sarcomes, mais plus souvent des épithéliomes secondaires à un cancer primitif du sein, de l'estomac.

Le mal de Pott est une tuberculose vertébrale qui débute en général par le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, parfois dans un disque intervertébral, rarement par les lames de l'arc postérieur. Le foyer tuberculeux, en se développant, provoque la raréfaction osseuse et l'effondrement d'une ou de plusieurs vertèbres ; il se caséifie et s'abcède. L'abcès tend à s'accroître et à descendre vers les régions déclives. Mais le processus tuberculeux atteignant la dure-mère en provoque l'épaississement ; il se produit une pachyméningite tuberculeuse et l'abcès peut pénétrer dans le canal rachidien. Ainsi peut se trouver réalisée la compression de la moelle par le tissu épidural épaissi ou par l'abcès saillant dans le canal vertébral. Cette compression, d'ailleurs, n'est pas constante et l'on voit des lésions vertébrales importantes avec effondrement des vertèbres et courbure angulaire du rachis sans troubles médullaires imputables à une compression. En général aussi, dans le cas de pachyméningite tuberculeuse, la dure-mère reste lisse à l'intérieur du canal rachidien.

La moelle comprimée s'altère, mais ses lésions sont souvent peu visibles. Quand on opère et qu'on a mis à découvert la région malade où siège la compression, l'on remarque parfois, outre la tumeur ou la pachyméningite, une saillie de la graisse épidurale qui ne se voit pas à l'état normal, une distension générale des veines, et l'absence des pulsations synchrones aux mouvements respiratoires et aux battements cardiaques. Les racines rachidiennes sont souvent englobées par la lésion dans les cas de pachyméningite ou de cancer.

Quant aux lésions histologiques, elles se reconnaissent sur les pièces d'autopsie et consistent en une dégénérescence des

© BIU Santé

fibres nerveuses dans les racines, en une distension des veines médullaires avec de l'œdème périvasculaire, quelquefois en une artérite oblitérante des petites artères, en une dégénérescence de certains cylindraxes et en une gliose plus ou moins diffuse.

Toutefois, les altérations destructives sont relativement tardives. Ce qui domine pendant une longue période, ce sont les troubles vasculaires et l'infiltration diffuse, altérations qui paraissent hors de proportion avec l'intensité des troubles fonctionnels tels que les montre l'examen clinique.

Mais les lésions ne sont pas exclusivement limitées au niveau de la compression, car la dégénérescence des cellules et des fibres a pour conséquence des dégénérescences secondaires qu'on peut suivre principalement au-dessous de la compression. Il y a lieu de remarquer néanmoins que ces lésions secondaires sont relativement légères.

Le mécanisme de ces lésions est d'abord une action mécanique. La distension des veines et l'œdème interviennent sans aucun doute. Mais il est bien vraisemblable aussi qu'il s'y ajoute un processus irritatif et inflammatoire, du moins en cas de cancer et de pachymyéningite, d'autant plus que l'intensité des lésions médullaires ne paraît point proportionnelle au degré de la compression mécanique. D'autre part, la circulation défectueuse, la stase veineuse, la moindre perméabilité des vaisseaux troublent la nutrition de la moelle au niveau de la lésion compressive et entraînent des troubles fonctionnels qui se sont pas non plus proportionnés toujours aux léisons visibles. Aussi s'explique-t-on que les symptômes s'effacent et disparaissent parfois presque entièrement quand la cause de la compression peut être supprimée.

Quoi qu'il en soit, les symptômes de la compression médullaire dépendent de la lésion des racines, de la lésion de la moelle au point comprimé et des lésions spinales à distance de la compression (1).

Les *signes radiculaires* sont les plus précoces, car, tandis que la moelle, protégée par l'espace épidural contre les causes de compression extra-durales et par le liquide céphalo-rachidien contre les causes intra-durales, échappe pour un temps à leur action, les racines, fixées par les enveloppes méningées, la subissent d'emblée. Cette atteinte précoce se traduit par des douleurs continues à redoublements paroxystiques, par de l'hyperesthésie surtout au-dessus de la compression, par de l'anesthésie au-dessous, par de l'abolition des réflexes tendineux, et cutanés dans la zone radiculaire correspondante, par de l'amyotrophie parfois, principalement en cas de lésion de la région cervicale.

L'*atteinte de la moelle*, en ce qui concerne les symptômes *directs* de compression, se manifeste par des troubles sensitifs qui consistent moins en des troubles subjectifs douloureux qu'en des troubles objectifs d'hypoesthésie, parfois avec la dissociation dite syringomyélique, et en des troubles moteurs dont le principal est l'abolition des réflexes.

Quant aux symptômes *indirects* de la compression, ils traduisent la suppression des connexions physiologiques entre la région comprimée et les régions sous-jacentes. Ce sont des symptômes d'isolement, comme les appelle Foix.

La paraplégie spasmodique est le principal trouble dû aux lésions sous-jacentes.

En fait de troubles du tonus, en effet, la contracture existe presque toujours à divers degrés. Plusieurs types peuvent s'observer.

La *paraplégie spasmodique en extension* est le plus fréquent ; la contracture, du type pyramidal, augmente par l'effort.

Dans la *paraplégie hyperspasmodique* se produisent des mouvements en apparence spontanés d'automatisme médullaire, mouvements des raccourcisseurs ou spasmes toniques d'extension.

La *paraplégie spasmodique en flexion*, bien définie par Babinski, s'accompagne de réflexes de défense et de spasmes toniques d'extension, dont l'intensité contraste avec l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux.

(1) Voir, sur les compressions médullaires, les récents rapports présentés à la Réunion neurologique internationale, en juin 1923, par Sir Purves Stewart et G. Riddoch, et par Ch. Foix. *Rev. neurolog.*, juin 1923 p. 561.

Il peut arriver que la contracture fasse défaut. Tantôt il s'agit d'une flaccidité temporaire, qui n'est que le stade initial de la paraplégie spasmodique ; tantôt la flaccidité est permanente, mais s'accompagne de l'exagération des réflexes tendineux, du signe de Babinski, de l'exaltation de l'automatisme médullaire. Dans ce dernier cas, répondant à ce qu'on appelle la *paraplégie flasco-spasmodique*, le pronostic est grave et le segment inférieur de la moelle est profondément altéré.

La *motilité volontaire* est diminuée. La force musculaire est amoindrie, principalement dans le segment distal des membres et dans les raccourcisseurs. Quand le malade marche, on constate la démarche spasmodique. La coordination est généralement peu troublée. Le type cérébelleux de la marche est rare, malgré des lésions du faisceau cérébelleux de la moelle, probablement parce que la faiblesse et la spasmodicité des muscles masquent les troubles de coordination. On peut observer de l'astasie et de l'abasie.

Les troubles de la *motilité réflexe* consistent dans l'abolition des réflexes cutanés, l'exagération des réflexes tendineux, sauf dans la paraplégie en flexion, comme l'a vu Babinski, et parfois dans les paraplégies flasques, enfin dans l'apparition de réflexes d'automatisme, surtout dans les paraplégies hyperspasmodiques et les paraplégies en flexion, quand le segment inférieur est relativement peu lésé.

Les *troubles trophiques* sont fréquents dans les compressions médullaires. Ce sont principalement des altérations cutanées : éruptions, zona, développement des poils, et surtout eschares, chez les malades immobilisés au lit.

Vous en avez pu voir des exemples. Chez la malade de 34 ans qui est entrée à la crèche, atteinte de mal de Pott et dont je vous reparlerai dans une autre leçon, vous avez vu se former une eschare profonde du siège avec une forte réaction fébrile, un vaste décollement et une suppuration abondante. Heureusement la cicatrisation a pu être obtenue. Chez une jeune fille de 17 ans, dont je vous reparlerai aussi, et qui avait un mal de Pott, des eschares sacrées avaient obligé la malade à prendre le décubitus ventral ; mais des eschares n'avaient pas tardé à apparaître aussi sur la face antérieure du corps, aux points de pression, et de larges ulcérations s'étaient formées aux crêtes iliaques.

Ces escharres peuvent devenir une cause de mort.

Un des exemples les plus remarquables d'eschares dans le cours d'une compression spinale est celui d'une femme que j'ai observée autrefois, à la Salpêtrière où je remplaçais mon maître Joffroy, en 1892. Atteinte de paraplégie spasmodique à marche lentement progressive, cette malade avait à la pointe du coccyx une très superficielle rougeur érosive, à peine large comme une pièce de 1 franc. Bien qu'elle fût complètement immobilisée au lit, cette femme me demanda un jour, sans que rien le fit prévoir, à quitter pour quelque temps le service pour des motifs impérieux qu'elle ne précisait pas, Bien que je l'eusse avertie des dangers auxquels elle s'exposait, elle partit. Or, quinze jours plus tard, elle revenait avec une très large et très profonde eschare. Elle nous apprit qu'elle avait été en pèlerinage à Lourdes et qu'elle avait beaucoup souffert pendant ce long voyage dans des wagons peu confortables. L'eschare avait mis à nu le sacrum qui était nécrosé ; le coccyx s'élimina en entier ; la septicémie survint avec streptococcémie constatée du vivant de la malade qui ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva une méningite putride avec teinte ardoisée des méninges sur toute la région lombaire et dorsale inférieure. La cause de la compression était un fibro-sarcome de la dure-mère à la région cervicale.

Dans un autre cas (1) j'ai vu aussi à la Salpêtrière, une vieille femme de 78 ans mourir, au cours de l'évolution d'un mal de Pott méconnu, de semblables lésions méningées consécutives à une eschare. Cette malade avait présenté des symptômes de broncho-pneumonie avec fièvre modérée, la température n'ayant pas dépassé 38°5 ; elle fit à 8 jours de distance deux chutes, dont la dernière fut suivie de paraplégie avec un peu d'exaégration des réflexes rotuliens et de trépidation épileptoïde à droite ; puis survint une paralysie des sphincters, avec des sensations de fourmillements et de brûlures aux

(1) *Congr. internat. de la tuberculose*, Paris 1905, t. I, p. 492.

© BIU Santé

membres inférieurs. L'examen du rachis ne révélait, d'ailleurs, ni déformation, ni douleur. En raison de l'état infectieux du poumon, l'on pratiqua l'examen des crachats qui montra la présence de pneumocoques virulents pour la souris et l'on se demanda s'il ne s'agissait pas de ce qu'on appelait alors une paralysie pneumococcique, c'est-à-dire d'une myélite pneumococcique. Bientôt se développa une vaste eschare qui envahit le canal sacré et la mort arriva 6 semaines après le début de la paraplégie. Or, l'autopsie montra une méningite rachidienne putride, avec une teinte ardoisée. De plus, le rachis présentait un foyer caséeux creusé dans la 5e vertèbre dorsale dont le corps était divisé en deux fragments mobiles ; une pachyméningite caséeuse comprimait la moelle surtout à gauche et un abcès par congestion, à contenu caséeux, dont le pus tuberculisa le cobaye, pénétrait dans la cavité thoracique du côté gauche, où la plèvre était épaissie et adhérente. Il n'y avait pas de tubercules pulmonaires. C'était donc un cas de mal de Pott ancien, resté latent fort longtemps, dont la première manifestation clinique avait été, au cours d'un état infectieux, une paraplégie subite. La mort était le fait de la méningite, provoquée par l'eschare sacrée. Cette méningite était due à des germes putrides, mais en outre au streptocoque qui fut trouvé à l'état pur dans les ventricules et les méninges de l'encéphale où il avait provoqué un début de lésions sous forme de petites taches blanchâtres. L'infection pneumococcique s'était propagée aussi et le cœur présentait des lésions d'endocardite mitrale à pneumocoque.

Les *troubles de la sensibilité* sont, d'une part, des sensations subjectives et des douleurs, et d'autre part, des altérations objectives, c'est-à-dire de l'anesthésie. Souvent cette anesthésie ne s'étend pas à la totalité du territoire de la paralysie et la sensibilité persiste dans la zone des racines sacrées. La limite supérieure de l'anesthésie est intéressante à rechercher : est-elle indécise, il y a lieu de songer à une compression diffuse par pachyméningite ; est-elle nette, c'est une compression limitée par tumeur qui paraît plus vraisemblable. L'anesthésie peut être dissociée comme celle de la syringomyélie, mais elle augmente plutôt de haut en bas, contrairement à celle de la syringomyélie. On peut observer aussi, mais rarement au complet, le syndrome classique de Brown-Séquard, l'hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée, qui se voit aussi dans certaines syringomyélies, mais alors avec une prédominance de l'anesthésie de même côté que les troubles moteurs.

Les troubles du système nerveux autonome sont variés, les sphincters peuvent conserver leurs fonctions, comme Souques l'a montré. Head et Riddoch ont établi que la vessie fonctionne automatiquement, même en cas de section complète de la moelle et de destruction des centres médullaires, quand on évite la distension et l'infection de ce réservoir.

L'étude des centres pilo-moteurs, approfondie récemment par André Thomas, a permis de distinguer un réflexe spinal, provoqué par l'excitation des membres et un réflexe encéphalique, provoqué par celle de la nuque. Or, quand les deux centres sont isolés l'un de l'autre, en cas d'automatisme médullaire par compression, on voit le réflexe spinal remonter et le réflexe encéphalique descendre jusqu'à une certaine limite qui n'est plus franchie et qui est à peu près la même pour les deux.

Les troubles de la sudation peuvent être mis en lumière par la pilocarpine : ils sont variables, tantôt la sudation est diminuée, tantôt elle est augmentée.

Il y a lieu de remarquer que ces divers troubles sympathiques n'ont pas la même topographie que les troubles sensitifs et moteurs. C'est que les centres sympathiques de la moelle et de l'encéphale n'ont pas le même siège que les centres sensitifs et moteurs et c'est aussi qu'il y a des centres sympathiques à la périphérie.

Enfin, il y a souvent des troubles vaso-moteurs, tels que des différences de température, le phénomène de la ligne blanche ; mais leur topographie est variable.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien* pendant la vie peut apporter au diagnostic des renseignements intéressants. Toutefois la ponction lombaire, dans certains cas de mal de Pott où les déformations vertébrales sont considérables, ne va pas toujours sans difficultés. Le caractère essentiel du liquide, en cas de compression médullaire, est la *dissociation albumino-cytologique*, mise en valeur par Sicard et Foix en 1910 pour le mal de Pott et les néoplasmes vertébraux, et en 1912 pour les compressions crâniennes. L'albumine est augmentée, alors que les cellules sont en proportion à peu près normale. Il est rare que ce caractère fasse défaut. Dans les compressions crâniennes, il apparaît en général plus tardivement que dans les compressions spinales. Il peut, d'ailleurs, se rencontrer dans d'autres états morbides, par exemple dans l'hémorragie cérébrale (Dufour et Thiers), au début de ramollissement cérébral, dans les myélites aiguës sans lymphocytose telles que la poliomyélite, dans la myélite nécrotique, dans la neuromyélite optique, dans l'encéphalite léthargique où l'état inverse, comme je l'ai signalé, peut s'observer aussi. C'est néanmoins un signe de valeur, par sa persistance, en faveur de la compression médullaire.

Le syndrome de Froin, ou *syndrome de coagulation massive*, est en quelque sorte un degré de plus du trouble précédent. Il consiste en ce que le liquide de la ponction lombaire, dont la teinte est jaune ou ambrée, ne tarde pas à se coaguler spontanément et en masse, tandis que, d'ordinaire, quand, dans les inflammations méningées, un caillot se forme au sein du liquide, c'est seulement un petit caillot. Ce trouble particulier est dû au bloquage du canal intra-dural et l'on peut s'assurer qu'il y a bien une interruption dans les communications entre les espaces sous-arachnoïdiens en faisant deux ponctions à des hauteurs différentes : on voit alors que le liquide de l'étage inférieur contient un taux plus élevé d'albumine.

On conçoit qu'un département inférieur des espaces sous-arachnoïdiens, qui a perdu ses communications avec l'étage encéphalique et qui subit la modification de perméabilité résultant de l'irritation méningée au voisinage de la lésion compressive, s'enrichisse en albumine, la transsudation des colloïdes devenant plus facile, et la transsudation aqueuse étant moindre, puisque cette transsudation génératrice de liquide se produit avec une particulière abondance au niveau de la vaste surface de diffusion constituée par les plexus choroïdes. Il y a, par suite, dans la poche inférieure, stagnation du liquide qui se forme moins vite et où les albumines du plasma passent plus aisément.

Quant à la pression du liquide évacué par ponction lombaire, elle est généralement faible et diminue au cours de la ponction sans subir, comme à l'état normal, de recrudescence sous l'influence de la toux et des efforts. Au-dessus de la compression, par contre, la pression peut être augmentée.

Il importe de savoir que la ponction rachidienne, en cas de compression médullaire, comporte quelques risques d'accidents, et qu'elle doit être faite avec précautions, en n'évacuant le liquide qu'avec lenteur et en petite quantité.

Enfin dans des cas très rares, le liquide peut contenir des cellules sarcomateuses révélatrices d'une compression par tumeur.

La marche des compressions médullaires, quoique progressive dans la règle, quand elles ne sont point traitées par des moyens efficaces, est néanmoins variable.

Presque toujours le début en est graduel. Il est rare qu'il se fasse par une brusque attaque de paraplégie, qui succède parfois à un traumatisme, à une hémorragie intra-vertébrale.

Dans les formes légères on n'observe qu'une paraparésie bénigne, tantôt seulement passagère, tantôt intermittente et récidivante.

Dans les formes graves, la paraplégie spasmodique est le cas le plus commun, Elle se manifeste par les douleurs radiculaires, une contracture modérée, une paralysie incomplète, avec exagération des réflexes tendineux, signes d'automatisme médullaire et parésie des réservoirs. La limite supérieure des troubles sensitifs est variable selon la lésion. Le type de paraplégie flasque avec symptômes pyramidaux est souvent un type de début, mais parfois devient l'état permanent. Le type de paraplégie hyperspasmodique, rare, s'observe principalement en cas de compression limitée par tubercule ou abcès. Le type de paraplégie spasmodique en flexion n'est pas non plus très fréquent. Non moins rares sont encore le syndrome

© BIU Santé

de Brown-Séquard et le type de myélite transverse rapidement mortelle où l'on trouve une pachyméningite récente et peu développée avec de l'œdème médullaire et un aspect grillagé de la moelle.

Ces diverses modalités d'évolution s'observent dans le mal de Pott. Les compressions par tumeur, le cancer excepté, ont généralement une marche lente mais régulièrement progressive. Quelquefois cependant on a noté des rémissions dans des observations de Claude, Babinski et Enriquez, de Lumentié de Hédénus, de Henschen, d'Oppenheim. Les aggravations brusques, qui sont plutôt le fait de la tuberculose vertébrale, ne se voient guère dans les tumeurs.

Quant à la régression des symptômes de compression sans opération, elle s'observe dans la pachyméningite et les gommes de la syphilis, traitées par les médications appropriées, et surtout, quant à la fréquence, dans la tuberculose vertébrale traitée par le repos et l'immobilisation très prolongée, parfois après l'évacuation spontanée d'un abcès par congestion, comme dans un cas récent de Souques (1).

La mort est ordinairement le fait de complications infectieuses telles que broncho-pneumonies, infection urinaire, eschares et septicémies, ou tuberculose viscérale, principalement dans le mal de Pott.

Le pronostic des compressions médullaires est généralement sérieux. Celui des compressions par tumeurs malignes est évidemment fatal. Celui de mal de Pott est variable, car le traitement peut améliorer beaucoup les troubles fonctionnels, non seulement le traitement chirurgical, qui ne convient pas à la majorité des cas, mais le traitement médical et orthopédique, même en cas de paraplégie prolongée. Seulement, après une amélioration qui peut aller jusqu'au retour complet des fonctions, le pronostic n'en reste pas moins réservé, des réveils de la lésion étant toujours possibles.

C'est surtout le pronostic des tumeurs bénignes qui s'est modifié dans ces derniers temps, grâce aux progrès du diagnostic et de la technique chirurgicale, car une localisation exacte de ces tumeurs en permet l'extirpation, qui peut être suivie d'une guérison complète.

Je vous parlerai dans une autre leçon du diagnostic et des moyens qui permettent de déterminer aussi exactement que possible le siège des compressions. Mais je vous indiquerai, pour terminer cette étude générale, les indications et les résultats du traitement chirurgical.

Les moyens médicaux et la radiothérapie ne sont guère efficaces contre les compressions par tumeurs : on a bien signalé parfois la sédation des douleurs, l'amélioration des troubles moteurs sous l'action des rayons X, mais aussi l'aggravation (Babinski).

L'intervention chirurgicale, conseillée par Gowers en 1887 et pratiquée pour la première fois par Horsley, peut donner des guérisons tantôt complètes, tantôt incomplètes. Elle comporte, il est vrai, certains risques et la mort peut survenir du fait des suites opératoires ou de complications telles que la broncho-pneumonie. Mais la mortalité de l'intervention tend à diminuer à mesure que se perfectionne la technique chirurgicale.

Dans la statistique de T. de Martel, tandis que 20 opérations faites avant la guerre avaient donné 9 morts, 30 opérations plus récentes n'en ont donné que 7 (23 p. 100). Robineau, sur 22 laminectomies pour compressions non cancéreuses, n'a eu qu'une seule mort. Poussep a opéré 17 cas dont 13 avec un succès complet. Christianssen, sur 15 cas, a eu 8 morts; Bériel et Wertheimer sur 15 opérations, ont vu survenir deux décès opératoires, 3 guérisons complètes, et une partielle.

D'après T. de Martel, il convient de faire l'anesthésie à l'éther, de pratiquer une laminectomie étroite, ce qui exige préalablement un diagnostic précis de la localisation, de décoller la dure-mère et d'évacuer le liquide céphalo-rachidien avec précaution pour éviter une décompression brusque, puis d'inciser la dure-mère et d'explorer le contenu du canal par un cathétérisme intra-dural. La recherche de la tumeur peut être difficile quand cette tumeur siège en avant ; quelquefois, il est nécessaire de sacrifier une racine, ce qui n'a pas grand inconvénient quand il s'agit d'une racine dorsale. L'incision de la moelle, surtout à la région cervico-dorsale, en cas de tumeur intra-médullaire, comporte des dangers, car elle peut provoquer brusquement l'hyperthermie (40° et 41°) et la chute de la pression artérielle avec vaso-dilatation excessive. C'est une des principales causes de mort opératoire. A l'autopsie on trouve les viscères abdominaux gorgés de sang et parfois peuvent se produire des hémorragies de l'estomac ou de l'intestin. En vue d'éviter ce réflexe vaso-dilatateur, T. de Martel (1) conseille deverser sur la tumeur avant de l'enlever quelques gouttes d'une solution de novocaïne au dixième, et Vincent de faire des injections d'adrénaline et d'extrait hypophysaire.

(1) A. Souques. — Paraplégie pottique en flexion, causée par la compression d'un abcès ossifluent et guérie par l'évacuation spontanée de cet abcès. *Réun. neurolog. internat.*, juin 1923. *Rev. neurolog.*, 1923, p. 649.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une condition essentielle pour la réussite des greffes homoplastiques et de la parabiose.

Par le Dr M. J. EPSTEIN (de Kieff).

Il y a déjà bien des années qu'au cours de mes expériences sur les greffes cancéreuses à l'aide de la parabiose (souris rats, cobayes) j'ai constaté que, tandisquedans plus de la moitié des cas la parabiose durait, sans grands dommages, des semaines et des semaines, dans d'autres, au contraire, cette dernière s'accompagnait très vite d'un dépérissement, de cachexie et de la mort successive de l'un et de l'autre animal (même si l'on les séparait avant la mort du premier.) *Et cela très souvent malgré la parenté consanguine des deux animaux en parabiose.*

On peut supposer que la mort résulte de la différence de spécificité protoplasmique individuelle (qui correspond, en somme, aux constitutions protoplasmiques particulières propres à l'individu, à la race, etc.), rendant incompatible la vie commune et qui se manifeste par des processus toxiques et histolytiques réciproques, ce qui amène la résorption dans certains cas de greffes homoplastiques (entre deux individus appartenant à la même espèce animale) et la cachexie des parabiosés, surtout de l'un des deux, la parabiose devant être considérée, somme toute, comme la greffe homoplastique d'un animal entier. Admettant donc l'identité ou l'analogie des processus des résorptions inexpliquées et fréquentes dans les greffes homoplastiques d'une part et la cachexie rapide des animaux parabiosés d'autre part, *j'ai cherché en pratiquant des greffes cutanées réciproques préalables* (d'après les méthodes de Reverdin ou de Thiersch) *sur les animaux destinés à des expériences de parabiose, à rechercher si ceux-ci acceptaient une telle greffe et je n'ai entrepris la parabiose que dans des cas où les greffes cutanées réciproques réussissaient au moins dans un tiers du nombre des lambeaux transplantés* (les greffes étaient faites multiples en vue d'éviter les erreurs tenant à l'infection, etc.). La parabiose pratiquée sans cette épreuve préalable donne trop souvent des échecs, qui, en dehors du temps, des animaux et du matériel perdus, faussent les résultats des expérieuces. *Cette méthode de greffes réciproques préalables, employée comme indicateur de l'innocuité relative de la parabiose*, s'est montrée très bonne.

Le pourcentage des réussites de la parabiose obtenu avec ce procédé a plus que *doublé*. La parabiose durait facilement 5 6 et même 8 et 10 semaines.

(1) T. de Martel. — Le traitement opératoire des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes. *Réun. neurol. internat.*, juin 1923. *Rev. neurol.*, 1923, p. 701. — Robineau. Sur le traitement chirurgical des compressions médullaires, *ibid.*, p. 707. — L. Bériel et Wertheimer. Sur l'intervention chirurgicale dans les compressions par tumeur *ibid.*, p. 710. — Viggo Christiansen. Remarques sur le diagnostic et la thérapeutique des compressions médullaires, *ibid.*, p. 677. — Poussepp, *Ibid.*, p. 641.

© BIU Santé

J'ai appliqué cette même recherche préalable pour les greffes glandulaires homoplastiques (thyroïde) avec succès (sur 5 cas, un seul échec), l'examen microscopique a été fait de 2 à 2 mois et demi après la greffe. L'inconvénient de cette méthode vient du délai supplémentaire exigé par ces expériences préalables, qui exige quelques semaines.

***

Poussant plus loin l'analyse des échecs fréquents des greffes homoplastiques et de la parabiose, je me suis demandé si ces échecs n'étaient pas redevables à des processus histolytiques et hémolytiques réciproques ou au moins de l'un des animaux envers l'autre ; ces deux processus devant présenter des homologies et tenant tous les deux à une différence de spécificité protoplasmique individuelle qui à un degré moindre n'est révélé que par l'agglutination des hématies de l'un des animaux. Je me fondais sur l'observation des résultats de certaines parabioses vasculaires croisées qui s'accompagnaient parfois au début d'un véritable choc, puis les phénomènes menaçants s'amendaient, mais un dépérissement assez rapide s'installait qui amenait assez vite la mort des animaux.

Dans ces cas, que j'examinais plus tard systématiquement (et dont les données détaillées seront communiquées) presque toujours je notais une hémolyse mutuelle ou au moins unilatérale plus ou moins intense, précédée toujours des phénomènes marqués d'agglutination des hématies.

Pour résoudre ce problème j'ai pris comme sujet d'expérience le chien de race impure dans la pensée que les croisements multiples ont créé un mélange de « sang », où il serait plus facile de découvrir des différences hématologiques (hémolyse et surtout de l'*agglutination*). Une douzaine de chiens divers a été examinée dans ce but et j'ai pu constater qu'il existe chez les chiens au moins 2 types différents au point de vue de l'hémolyse et au moins 3 types divers pour l'agglutination réciproque. *Les phénomènes d'agglutination ne sont pas forcément accompagnés d'hémolyse* (ce qui constitue la grande majorité des cas).

Je ne puis donner ici les résultats complets sur les greffes cutanées d'essai vérifiés par l'étude de l'hémolyse et surtout de l'agglutination ; je dirai seulement que *la greffe de la peau d'un chien B ne réussit jamais chez un chien A, dont le sérum est hémolysant pour les globules rouges du chien B.* Dans les mêmes conditions d'expérience l'agglutination des hématies du chien B par le sérum de A n'exclut pas toujours la possibilité d'une greffe cutanée, mais *celle-ci prend difficilement et présente une croissance lente et limitée.* Par contre, la greffe inverse (c'est-à-dire quand la peau du chien A qui possède un sérum hémolysant et agglutinant pour B, mais dont les hématies ne sont, de leur côté; ni agglutinées ni hémolysées par le sérum de B), est greffée au chien B, réussit dans l'immense majorité des cas.

Les meilleurs résultats dans la greffe homoplastique chez le chien sont obtenus quand il n'y a pas, en général, ni d'hémolyse ni d'*agglutination mutuelle* quelconque. Le pourcentage des réussites alors, en dehors des causes accessoires, est de 75-80 %.

Il faut encore noter la *tolérance particulière de la peau au cours des greffes.* En effet : dans les cas où le sérum de l'animal A agglutine (mais n'hémolyse pas) les globules rouges de B, la peau de ce dernier peut, parfois, prendre chez l'animal A, tandis que dans les mêmes conditions la greffe des *organes glandulaires* (*thyroïde, etc.*) essayée maintes fois, ne réussit jamais. Pour cette raison, la méthode des greffes cutanées préalables ne peut servir de garantie infaillible pour la parabiose et les greffes autres que celles de la peau.

Mais pour l'immense majorité des cas (80 %), ces données sont tout à fait concordantes avec celles de l'hémolyse et de l'agglutination. Et même dans un seul cas, — paradoxal — deux lambeaux cutanés du chien B ont pris chez l'animal A, malgré l'action hémolytique du sérum de A envers les hématies de B.

J'ai remarqué aussi que des chiens de la même portée présentent parfois des types hématosérologiques différents entre eux et même avec celui de la mère commune.

Il serait très intéressant de faire une étude hématosérologique plus approfondie chez le chien, car cet animal est souvent utilisé pour les études des greffes homoplastiques.

C'est alors que guidé par ces constatations, j'ai procédé systématiquement à la recherche préalable de l'hémolyse et surtout de l'agglutination avant d'entreprendre toute parabiose ou une greffe homoplastique.

Les animaux (souris, rats, cobayes) que j'employais pour la parabiose présentent aussi des types hématologiques divers et l'on observe chez eux des phénomènes d'hémolyse et surtous d'*agglutination* réciproques entre des individus de la même espèce animale, quoique d'un degré d'intensité, souvent moindre d'un côté.

Les phénomènes d'hémolyse et d'agglutination sont, chez eux, généralement, plus faibles que chez le chien, mais en appliquant une technique plus sensible, qui sera exposée ultérieurement, on parvient à une précision suffisante.

Je dois dire que l'étude hématosérologique systématique de ces animaux, quoiqu'elle présente un grand intérêt scientifique, n'a pas été faite par moi ; je me suis borné à l'appliquer à l'amélioration de la technique de la parabiose, et des greffes homoplastiques expérimentales ou chirurgicales. On peut conclure, pour le moment que non seulement la *réaction de l'agglutination est de beaucoup plus sensible que celle de l'hémolyse* mais paraît être suffisante pour décider si une greffe homoplastique peut être entreprise ou non. Mais les résultats très importants obtenus me permettent de dire d'une façon catégorique que la parabiose entreprise d'après la constatation préalable de l'absence de toute hémolyse ou d'agglutination mutuelle entre les deux animaux réussit, au point de vue de sa durée minima de 1-2 mois, environ dans 80 % des cas. Ce qui est un résultat relativement considérable.

De même l'énorme majorité de réussites des greffes cutanées et glandulaires homoplastiques entreprises après l'étude de l'absence de l'hémolyse et d'agglutination réciproque du donneur et du receveur montre l'importance considérable qu'a cette constatation non seulement pour les travaux de laboratoire, mais pour la chirurgie. On s'explique ainsi pourquoi les greffes chirurgicales homoplastiques entreprises à l'aveugle, même avec la meilleure technique opératoire, ne réussissent que dans un certain nombre des cas, et que très souvent, au contraire, les greffons sont peu à peu frappés de dégénérescence, résorbés et enfin remplacés par du tissu cicatriciel.

En me fondant sur ces données, *je n'entreprends plus de greffe homoplastique ou de parabiose, soit dans les expériences de laboratoire, soit dans les greffes chirurgicales, sans m'être assuré préalablement de l'absence totale d'hémolyse et surtout d'agglutination réciproque du donneur et du receveur.*

Dans un travail plus complet, je donnerai des détails ; je me bornerai de relater ici que sur huit greffes chirurgicales homoplastiques chez l'homme (4 greffes cutanées, 3 osseuses, dont un échec, 1 greffe glandulaire — glande thyroïde — une portion de la glande normale enlevée au cours d'une thyroïdectomie partielle pour adénome et greffée à un enfant myxœdémateux), je n'ai eu qu'un seul échec. Par contre dans un cas de greffe osseuse homoplastique (pour remplacer un défaut de la partie moyenne du tibia par la partie supérieure du péroné d'un frère) non réussie — résorption sans qu'il y eût infection — et dans deux cas de greffe cutanée homoplastique d'après la méthode de Thiersch absolument rebelles, où j'étais consulté par des confrères — l'analyse hématologique, entreprise sur mes indications a montré dans tous ces 3 cas une hémolyse ou au moins une *agglutination* du receveur envers le donneur. (Une fois hémolyse et dans tous les cas agglutination).

Les points importants et nouveaux dans la technique des recherches séro-hématologiques (hémolyse) consistent d'abord dans ce que je cherche l'action agglutinante et hémolysante non seulement du sérum, mais aussi du plasma.

© BIU Santé

Les réactions doivent se faire dans des tubes et sur des verres soigneusement paraffinés et stérilement afin d'approcher le plus possible de l'identité de ces processus *in vivo* (le sang doit être prélevé par une seringue avec une aiguille assez large, par laquelle on fait passer d'abord de la paraffine semiliquide stérile (adhésion de la paraffine aux parois, ce qui évite le contact direct du sang avec ces dernières) ; la centrifugation, la réaction, enfin toutes les manipulations doivent se faire dans des tubes et des verres paraffinés. Pour toutes les dilutions on doit se servir des solutions de Ringer ou de Locke. On obtient ainsi une sensibilité de réaction qui dépasse de beaucoup celles des méthodes usuelles.

En résumé, on peut dire :

a) Qu'aucune greffe homoplastique, de même que la parabiose, ne doit être entreprise sans s'être préalablement assuré de l'absence absolue d'hémolyse *et surtout d'agglutination* des hématies du donneur par le sérum et le plasma du receveur (une réaction indiquerait une incompatibilité protoplasmique réciproque) ; l'inverse peut être toléré dans certaines limites, qu'il faut encore étudier de près ; et cela, chez l'homme, en dehors des réactions usuelles dans ces cas : réaction de Bordet-Wassermann, examen pour la tuberculose, la paludisme, etc.

b) Dans certains cas on peut ajouter à l'étude de l'hémolyse et de l'agglutination la greffe cutanée d'indication (d'après les méthodes de Thiersch ou de Reverdin, ce qui constituerait, dans les travaux experimentaux, une garantie de plus pour établir les parentés protoplasmiques du donneur et du receveur ; mais en général l'étude hématologique (agglutination) non seulement suffit, mais est nettement supérieure à la méthode de greffes cutanées d'essai.

c) L'étude de l'hémolyse et de l'agglutination doit se faire dans des conditions se rapprochant le plus possible des conditions naturelles : tubes paraffinées, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1924

La vision stéréoscopique maîtresse d'illusions. — ***M. Béclère*** dans une série d'expériences qui consistent à regarder, sur l'écran, des points noirs à l'aide d'un lorgnon dont un verre est rouge et l'autre vert, à fermer tantôt un œil, tantôt l'autre, démontre qu'on obtient des images très différentes. Cherchant l'explication de ces différences, on la trouve non seulement dans l'étude des règles physiques, mais aussi et surtout dans l'examen des fonctions physiologiques du cerveau.

Contrôle de la vaccination antityphoïdique par la voie buccale. — ***MM. Achard et Bloch*** ont contrôlé chez des sujets ainsi vaccinés par la voie buccale l'immunité acquise. Ils n'ont pas obtenu la réaction d'agglutination, mais ils ont pu constater l'apparition d'anticorps à des dates variables. Toutefois une femme ainsi vaccinée eut, trois mois et demi après, une fièvre typhoïde grave. Trois hommes vaccinés par piqûre n'eurent que des formes légères.

Comme la vaccination par voie buccale serait beaucoup plus facilement acceptée par le public que celle qui emploie la voie hypodermique, il y a un grand intérêt à poursuivre ces recherches, encore peu concluantes, malgré certaines statistiques montrant l'arrêt d'une épidémie dans un village après l'emploi du bilivaccin par sa population. En cas d'épidémie il faut agir vite et l'injection semble ici plus sûre. Hors d'une épidémie, les vaccinations par voie buccale, qui demandent plus de temps, peuvent être tentées : mais il reste à déterminer la durée de l'immunité qu'elles confèrent.

Immunisation contre la diphtérie. — ***M. Martin*** conclut que la méthode de Ramon présente un réel intérêt. Cette méthode consiste à laisser vieillir à l'étuve, pendant plusieurs semaines, la toxine diphtérique au contact du formol. On obtient ainsi l'anatoxine, qui confère l'immunité, comme le sérum, mais sans produire aucun accident. Pour M. Martin, la méthode serait surtout intéressante chez les tout jeunes enfants.

L'incompatibilité des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur ou expert. — ***M. Balthazard***, chargé d'un rapport sur ce sujet, conclut en proposant à l'Académie d'émettre le vœu suivant : l'Académie de médecine, s'inspirant surtout de l'intérêt des malades, estime qu'il y a incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin contrôleur ou expert.

— Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Etudes sur l'hygiène hospitalière. — ***M. Lesage*** communique les résultats des faits observés dans son service d'Hérold depuis vingt ans dans le but d'établir la valeur de l'isolement des enfants dans des boxes, sa statistique porte sur 9.035 nourrissons et 15.440 enfants de trois à seize ans. La mortalité a été très nettement abaissée chez ces derniers (de 17 et 33 p. 100 à 4 et 12 p. 100), beaucoup moins chez les nourrissons (de 26 et 68 p. 100 à 24 et 48 p. 100), ce qui tient à ce que les maladies qui frappent le plus souvent ces derniers (choléra infantile, tuberculose, affections héréditaires) ne sont pas de celles où l'isolement puisse jouer un grand rôle.

L'action de la nation en faveur des tuberculeux de la guerre. — ***M. Georges Brouardel***. — Parmi les victimes de la guerre, se placent les tuberculeux dont la maladie a été provoquée ou aggravée par les hostilités. La nation leur doit, dans la plus large mesure possible, indemnisation du préjudice qui leur a été causé ; elle leur doit aussi le traitement de leur maladie.

Ces deux actions sont acquises par les lois ; elles sont complétées — au point de vue matériel et moral — par les interventions multiples de l'Office national des mutilés.

Toute cette action a donné déjà d'intéressants résultats en ce qui touche tant les intérêts des tuberculeux de la guerre que ceux de la société même.

A. Indemnisations. Soins donnés aux tuberculeux de la guerre. — Ce sont là les deux points capitaux. L'indemnisation des tuberculeux a été établie par le décret du 17 octobre 1919, après avis d'une commission. Elle est basée sur ce fait que des tuberculeux à lésions caractérisées et en activité avec présence de bacilles dans l'expectoration doivent pouvoir se soigner complètement et se placer au repos complet ; elle les considère comme atteints d'une infirmité de 100 p. 100.

D'autre part, dans l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les tuberculeux de la guerre ont droit aux soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Enfin, ils peuvent être admis — lorsque leur état le justifie — soit dans un hôpital, soit dans un sanatorium.

B. Action de l'Office national des mutilés. — 1° *Appui moral et financier aux tuberculeux ayant repris une vie relativement active*. — Un certain nombre de tuberculeux ont repris une partie de leurs occupations ; ils vivent en famille, mais ils ont besoin, tant pour eux-mêmes que pour préserver leur entourage, d'appui, de conseils éclairés. L'Office national des mutilés de la guerre a pensé que ce rôle ne pouvait être mieux tenu que par le Comité national de la tuberculose ; aussi a-t-il permis à ce dernier de développer son action en lui donnant d'importantes subventions : dont le total s'est élevé de 1919 au 31 décembre 1923, à 1.350.000 francs.

On sait que le Comité de défense contre la tuberculose a créé un grand nombre de comités départementaux, on connaît le rôle de ces centres dans la lutte contre la tuberculose ; par les efforts de l'Office national des mutilés, ces organismes collaborent de plus en plus étroitement avec les comités départementaux des mutilés et réformés de la guerre.

2° *Aide aux tuberculeux hospitalisés*. — Un certain nombre de tuberculeux présentent des formes évolutives susceptibles d'être modifiées par un traitement suivi soit dans des établissements spéciaux (tuberculeux osseux ou ganglionnaires), soit dans des sanatoria ou dans des hôpitaux.

L'Office national, dans le but de faciliter ces diverses hospitalisations, met à la disposition des comités départementaux des

© BIU Santé

crédits spéciaux capables de servir, pendant la durée de l'hospitalisation du chef de famille des allocations (2 francs pour la femme ou chaque enfant de moins de seize ans, ou infirme).

En outre, grâce aux crédits mis par l'Office national à leur disposition, les comités départementaux ont pu secourir régulièrement un grand nombre de tuberculeux soignés à domicile.

3° *Remise au travail de certains tuberculeux. Rééducation professionnelle.* — Il y a un grand intérêt social et personnel à ce que les tuberculeux — dont la maladie subit un arrêt ou une régression notamment dans les formes qui évoluent vers la sclérose — reprennent autant qu'ils le peuvent et sous la surveillance médicale, des occupations capables de les distraire et de faciliter la vie de leur famille. Il est ainsi apparu qu'il y aurait intérêt à rééduquer ces tuberculeux au travail, sous une direction médicale compétente.

Ces cas — pour réels qu'ils sont — apparaissent actuellement nous le disons tout de suite, comme relativement limités. La mise à un travail, modéré bien entendu et interrompu dès qu'il entraîne une fatigue paraît réussir assez bien à certains tuberculeux indiqués précédemment : néanmoins, elle constitue encore à l'heure actuelle une expérience qui doit être menée avec prudence.

Il faut rappeler qu'en 1914 à la veille des hostilités, le service de santé militaire installait à Tonnay (Charente) une colonie agricole pour tuberculeux ; en octobre 1916, le service de santé également ouvrait à l'hôpital militaire de Campagne-les-Bains une section spécialement destinée à la réadaptation au travail des tuberculeux.

L'Office National depuis sa création a mis cet essai en pratique sur une plus grande échelle et a créé trois établissements qui fonctionnent actuellement.

Les métiers enseignés dans ces établissements — sous la surveillance et l'autorité des médecins — sont : l'agriculture, la petite culture, l'élevage.

Jusqu'à ce jour plus de 700 tuberculeux y ont été admis ; plus de 500 en sont sortis rééduqués. L'expérience se poursuit en donnant des résultats intéressants.

4° *Prêts d'honneur. Habitation à bon marché.* — Dans les cas où la rééducation a réussi, de grandes difficultés se présentent à la sortie des malades : ils peuvent bien toutefois, au même titre que les autres mutilés, obtenir des prêts des caisses locales et régionales des crédits agricoles ainsi que des sociétés de crédit immobiliers. Malheureusement les tuberculeux éprouvent de sérieuses difficultés pour contracter l'assurance sur la vie réclamée en pareil cas comme garantie. Les lois, relatives au crédit agricole, et les lois sur ces habitations à bon marché et la petite propriété prévoient il est vrai que, lorsque l'emprunteur n'aura pas été admis à contracter l'assurance, celle-ci pourra être souscrite par son conjoint ou par un tiers s'ils s'engagent solidairement au remboursement des prêts. Ces difficultés gênent toutefois singulièrement l'obtention du crédit nécessaire.

Pour remédier autant que possible à cet inconvénient, l'Office National accorde aux tuberculeux rééduqués des prêts d'honneur.

Enfin l'Office National des Mutilés s'efforce de faciliter l'acquisition de logements salubres par les tuberculeux de la guerre comme par les autres mutilés.

Dans ce but il accorde des subventions aux offices publics, sociétés et fondations de logements à bon marché, ainsi qu'aux sociétés de crédit immobilier en vue du logement des victimes de la guerre ou de l'acquisition par eux d'une petite propriété dans les termes prévus par la législation sur les habitations à bon marché.

Il existe en outre (depuis le 23 mars 1923) des prêts de 1 p. cent remboursables en dix ans aux tuberculeux comme aux autres pensionnés de guerre qui solliciteront un prêt pour parfaire le prix d'acquisition d'une maison remplissant les conditions prévues par la législation sur les habitations à bon marché.

Tels sont brièvement résumés, les principaux modes de l'action de la Nation en faveur des tuberculeux de la guerre.

Bien des points sont, bien entendu, susceptibles d'être perfectionnés, mais toutefois l'œuvre est maintenant assez complète pour qu'il ait semblé intéressant d'en donner une vue d'ensemble.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai 1924.

Amaurose, quinine et tabès. — ***MM. Pr. Merklen et Hirschberg*** communiquent une observation relative à une femme qui, après tentative d'avortement par du sulfate de quinine à la dose de 6 grammes, avait été frappée d'amaurose bilatérale définitive.

On notait une décoloration papillaire complète, avec réduction considérable du calibre des vaisseaux, sans scotome ; le rétrécissement du champ visuel était très marqué. Ces caractères sont bien ceux de l'intoxication quinique aiguë ; mais rien ne dit qu'on soit en droit d'admettre qu'ils deviennent durables pour constituer une forme chronique. Aussi bien le fond de l'œil tabétique affecte-t-il classiquement à peu près les mêmes caractères, on ne doit pas l'oublier. Chez la malade en question l'analyse stricte de la situation montrait que la notion d'amaurose par tabès doit l'emporter sur celle d'amaurose quinique. Dans ce sens plaide notamment l'abolition des réflexes achilléens ; de même serait-il difficile d'expliquer autrement que durant les trois ans consécutifs à l'ingestion de la quinine la vue soit allée en baissant progressivement.

A propos des injections intraveineuses d'émétine. — ***MM. Bensaude, Cain, Rachet***, ont essayé chez deux malades atteintes de dysenterie chronique rebelle aux traitements les plus variés la méthode d'injections intraveineuses d'émétine, récemment préconisée par M. Petzetakis. Malgré les multiples précautions prises au cours de ces deux traitements (dilution des solutions, espacement des injections, emploi de doses minimes, usage répété des toxicardiaques, adrénaline, etc.), les auteurs ont observé, les deux fois, des accidents généraux inquiétants : asthénie extrême confinant les malades au lit et leur interdisant tout mouvement ; torpeur, troubles polynévritiques, paralysie du voile et des masticateurs, abaissement considérable de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique. Malgré la suppression immédiate de cette thérapeutique les accidents ont persisté plusieurs semaines, les malades ont conservé encore un mois après une asthénie considérable et pour l'une d'elles des troubles de la marche.

Malgré une amélioration locale certaine, les auteurs croient que jusqu'à nouvel ordre la médication émétinique intra-veineuse doit être considérée comme une méthode exceptionnelle et dangereuse, on ne doit y recourir qu'en cas d'échecs répétés de la thérapeutique habituelle.

M. Chauffard considère que dans les cas observés en France la voie intra-veineuse est à déconseiller.

Un cas d'hémihypertrophie faciale. — ***MM. André Leri et Sartre*** présentent une fillette de près de 6 ans, atteinte depuis sa naissance d'une *hémihypertrophie faciale droite.*

La dyssymétrie avait été attribuée à tort à une hémiatrophie faciale gauche.

L'hypertrophie porte à droite sur les os malaire, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur. Elle porte également du même côté sur les tissus mous : joue, oreille, lèvres, amygdale, voile du palais, langue.

Du côté de l'hypertrophie, l'évolution dentaire s'est faite avec une extrême précocité : la première grosse molaire a paru en haut et en bas à 2 ans 1/2 au lieu de 6 ans, les incisives inférieures de lait sont tombées et ont été remplacées entre 2 ans ½ et 3 ans au lieu de 7 ans. Les premières prémolaires sont prêtes à tomber à 6 ans au lieu de 9 ans. La deuxième prémolaire de remplacement et la deuxième molaire paraissent à la radiographie presque entièrement calcifiées, comme elles devraient l'être entre 10 et 12 ans. L'évolution dentaire est au contraire normale du côté hypertrophié.

Les membres et le tronc sont absolument normaux et symétriques.

Cette déformation, qui est exceptionnelle, semble bien rentrer

© BIU Santé

dans le cadre des anomalies par excès ; chez la malade présentée, aucun signe ne semble démontrer que le système nerveux y prenne une part particulière.

Le syndrome myélitique aigu, mode de terminaison de la sclérose en plaques. — ***MM. Georges Guillain et Robert Marquezy*** rapportent une observation de sclérose en plaques s'étant terminée par un syndrome myélitique aigu, terminaison rare dans cette maladie. Leur malade présentait une sclérose en plaques ayant évolué comme il est de règle par poussées successives et qui se traduisait par des troubles parétiques et spasmodiques des membres inférieurs, surréflectivité tendineuse, inversion bilatérale du réflexe cutané plantaire, présence de réflexes d'automatisme médullaire, abolition des réflexes cutanés abdominaux et du réflexe du voile du palais, abolition de la sensibilité vibratoire aux membres inférieurs, léger tremblement intentionnel, troubles de la parole, décoloration temporale des papilles, dissociation dans le liquide céphalo-rachidien entre la réaction du benjoin colloïdal positive et la réaction de Wassermann négative. Peu de temps après une ponction lombaire, les phénomènes se modifièrent et l'on constata une hypotonie des membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, la disparition des réflexes d'automatisme, une anesthésie sous tous ses modes aux membres inférieurs et à l'abdomen, incontinence des urines et des matières, escharres. La mort survint en six semaines.

On assista, somme toute, à une transformation d'une paralysie spasmodique en une paraplégie flasque hypotonique qui s'accompagnait de presque tous les signes d'une section physiologique totale de la moelle analogue à ceux d'une section anatomique.

Dans ce cas, comme dans le cas de MM. Claude et Alajouanine, il semble que la ponction lombaire ait eu une influence péjorative sur le développement des accidents nerveux, cette influence est évidente d'ailleurs dans nombre de cas d'affections aiguës évolutives du névraxe.

Torticolis congénital. Quadriplégie incomplète tardive et progressive. Spina bifida occulta. — ***MM. P. Harvier et Chabrun.*** — Chez un homme de 54 ans, atteint de torticolis congénital, se constitue en quatre étapes successives, une quadriplégie. L'impotence commence par le membre inférieur droit, gagne le membre supérieur du même côté, puis le membre inférieur du côté opposé et enfin le membre supérieur.

Il s'agit d'une quadriplégie organique, flasque, incomplète, prédominant à droite. La force musculaire est considérablement diminuée. La station debout et la marche sont impossibles. Tous les réflexes tendineux et osseux sont conservés et plus vifs à droite. Il n'existe ni trouble sensitif, ni troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Une radiographie décèle la présence, au niveau de la 1re vertèbre dorsale et de la 7e cervicale, d'un spina bifida, non apparent extérieurement. L'épreuve du lipiodol démontre la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens.

Cette observation attire une fois de plus l'attention sur le spina bifida occulta que seule la radiographie peut révéler, et constitue une nouvelle preuve de l'apparition possible et tardive de troubles nerveux graves au cours de cette malformation vertébrale. Dans ce cas particulier, les accidents nerveux sont vraisemblablement dus à une lésion intra-médullaire au-dessus des ressources chirurgicales.

A propos de la radiothérapie profonde. — ***M. Béclère*** insiste sur les progrès techniques réalisés en radiothérapie. Il critique le terme de radiothérapie profonde. L'auteur a obtenu des résultats excellents par l'emploi de rayons très pénétrants, alors que les fortes doses ne sont pas sans danger, comme cela s'observe au cours des médications de la radiothérapie profonde.

Dermatite exfoliatrice d'origine bismuthique. — ***MM. Pinard, M. P. Weil, R. Louvel*** présentent une malade de 70 ans qui, à l'occasion d'un traitement bismuthé peu intensif et en dehors de tout autre signe d'intoxication, présenta rapidement des accidents cutanés identiques à ceux qu'il est classique d'observer avec la médication arsenicale. Deux mois après le début de la dermatite, les lésions exfoliatrices sont encore très importantes. Aucune tare hépato-rénale n'a pu être décélée. Cette observation montre la prudence avec laquelle il convient d'employer la médication bismuthée, même en l'absence de tare organique apparente, chez les personnes d'un certain âge.

Des abcès spontanés à gonocoques. — ***M. H. Dufour*** relate l'histoire de deux malades entrées dans son service pour des manifestations gonococciques vulvo-vaginales.

L'une d'elles, observée avec son interne M. Morlaos, était atteinte en outre d'une arthrite médio-tarsienne d'un pied. Au niveau du cou-de-pied, on vit apparaître, sus-jacente à l'articulation, une collection purulente indépendante de la cavité articulaire.

Cette collection renfermait des gonocoques, mis en évidence par l'examen direct du pus On les isola en culture sur gélose-ascite.

Ce fait est à rapprocher d'un cas semblable publié par MM. Klippel et Rachet.

Le deuxième cas, observé en collaboration avec M. Duchon, est beaucoup plus intéressant. Il s'agit d'une femme enceinte présentant des pertes abondantes et des douleurs polynévritiques très vives. Spontanément, en plein milieu du brasse développa une tuméfaction de la grosseur d'un abricot avec peau normale. La ponction permit de retirer du pus contenant des gonocoques, qui poussèrent sur gélose-ascite et gélose au sang.

La tuméfaction rétrocéda spontanément et la malade guérit après avoir reçu des injections de néo-dmégon.

Ces faits rares montrent la bénignité des septicémies à gonocoques.

M. Lemierre rappelle avoir insisté sur les abcès gonococciques au cours des septicémies à gonocoques, en collaboration avec ***M. Faure-Beaulieu.***

M. Rist rappelle l'observation de M. Hallé montrant aussi que les septicémies gonococciques sont parfois très grave ; la mort survenant par endocardite.

Insuffisance ventriculaire droite et rétrécissement mitral. — ***MM. Ch. Laubry, Routier et Walser.*** — A l'occasion d'une observation qu'ils relatent, venant s'ajouter à leurs publications antérieures sur le même sujet, les auteurs exposent leur conception particulière de l'insuffisance ventriculaire droite. Loin d'être fréquente, ainsi qu'on l'admet communément, elle est, au contraire, exceptionnelle. Les types cliniques qu'en donnent les traités sont des formes de l'insuffisance ventriculaire gauche, tels sont les accidents gravido-cardiaques où l'élément principal et immédiat est l'œdème aigu du poumon ; tel est le tableau ordinaire de l'asystolie, où l'on invoque à tort une dilatation totale du cœur, dilatation des cavités gauches et droites. De même, les œdèmes et les congestions viscérales que l'on range classiquement dans l'insuffisance droite, ne sont que des signes banaux d'insuffisance gauche, d'une part par ralentissement et carence circulatoire, d'autre part par la diminution de capacité du ventricule droit due à la dilatation et à l'hypertrophie du ventricule gauche défaillant.

Les auteurs circonscrivent l'insuffisance ventriculaire droite à des signes uniquement ventriculaires, les signes périphériques n'entrant pas en ligne de compte dans la description diagnostique du syndrome, étant communs à l'insuffisance de chacune des deux cavités ventriculaires. Les signes cardinaux, précoces et indispensables pour poser le diagnostic, sont la tachycardie, presque toujours régulière, la distension ventriculaire droite, visible et palpable dans l'angle xipho-costal et vérifiée par la radioscopie en position transverse gauche qui montre l'accolement de l'ombre cardiaque au plan sterno-costal ; enfin, le bruit de galop droit, à foyer xiphoïdien, enregistrable par les méthodes graphiques et dont le tracé est comparable à un phlébogramme, distinct par conséquent du tracé du galop gauche. A côté de ses signes les auteurs insistent sur une particularité séméiologique qui peut se produire au cours de l'évolution et qui confirme d'une façon absolue, lorsqu'elle apparaît, le diagnostic d'insuffisance ventriculaire droite. Il s'agit du souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire. De même qu'au cours des insuffisances ventriculaires gauches peut apparaître une insuffisance aortique due à l'effondrement de la musculature infundibulaire aortique, voûte de soutien de l'appareil sigmoïdien, de même au cours des insuffisances droites l'infun-

© BIU Santé

dibulum pulmonaire, plus débile, disloque, en perdant sa tonicité et en se distendant, les sigmoïdes pulmonaires.

Les signes fonctionnels sont des signes circulatoires, le plus important est la cyanose, s'accompagnant le plus souvent de polyglobulie. Les insuffisants ventriculaires droits sont des cardiaques noirs. Les œdèmes et les congestions viscérales sont moins importants et plus tardifs que dans l'insuffisance gauche, ce qui se comprend en raison de la forte distension des cavités droites qui soustrait à l'organisme une grande masse sanguine.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'insuffisance droite qui exige pour se produire des conditions spéciales, telles que les maladies congénitales du cœur droit, les affections de l'artère pulmonaire, sclérose ou athérome, les anévrismes des gros vaisseaux médiastinaux, les médiastinites compressives ou les symphyses pleuro-péricardiques. Les maladies mitrales se terminent très rarement par l'insuffisance droite, car elles sont loin d'entraîner ces conditions intermédiaires. L'hypertension qu'elles créent dans la petite circulation n'est pas suffisante à elle seule pour distendre le ventricule droit et encore moins l'anneau sigmoïdien pulmonaire.

Enfin, comme conclusion d'ordre pratique, les auteurs montrent l'importance capitale qu'il y a à poser le diagnostic d'insuffisance droite, car le pronostic en est sûrement et rapidement fatal. Alors que l'insuffisance gauche est sujette à rémissions et obéit pendant une longue période au traitement toni-cardiaque, l'insuffisance droite, elle évolue presque toujours sans rémissions et se montre absolument rebelle à toute thérapeutique.

Un cas de syphilis tertiaire avec hémorrhagie. — ***MM. G. Caussade, A. Lévy-Franckel et J. Peynet.*** — Le cas rapporté par les auteurs concerne une femme de 42 ans, syphilitique depuis plus de 10 ans, non traitée depuis 9 ans, présentant des syphilides papulo-croûteuses en assez grand nombre sur la marge de vastes placards en partie cicatrisés siégeant sur l'avant-bras droit, le bras gauche et sur le thorax, où la disposition est nettement zostériforme.

La fièvre évolua pendant 34 jours, atteignant par moment 40°, et fut nettement influencée par le traitement antisyphilitique, à tel point que pendant la cessation de ce dernier, à deux périodes différentes de l'évolution, succéda à l'apyrexie obtenue, une nouvelle ascension thermique qui disparut par la reprise du cyanure de mercure. Puis par l'emploi seul de cette médication, cette fièvre fut définitivement jugulée. La réaction de Bordet-Wassermann fut positive et deux hémocultures faites dans les premiers jours, à intervalle de 3 jours, restèrent négatives.

Fait important à signaler : il n'y avait aucune lésion viscérale appréciable tout au moins cliniquement (poumons, foie, rate, etc.. etc.) ni aucune lésion des séreuses, mais la formule hématologique a été et reste encore notablement modifiée, 4 mois après la chute de la fièvre, et cela, malgré un nouveau traitement par l'arsénobenzol (2 gr. 40) qui est encore poursuivi à l'heure actuelle. Cette formule, malgré une épistaxis importante, semble pouvoir être considérée comme la conséquence directe de la syphilis. Elle se rapproche d'ailleurs de celle indiquée par Sevestre (1912) dans la syphilis héréditaire : réaction myéloïde et anémie ; elle a donné en effet des chiffres d'hématies variant entre 2.500.000 et 3.000.000, une certaine leucocytose (8.000) et une réaction myéloïde neutrophile manifeste, caractérisée par la présence de myélocytes et de métamyélocytes en proportion modérée, mais supérieure à celle qu'on observe dans les polynucléoses infectieuses. Il n'y avait aucun trouble de la coagulation sanguine.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du samedi 26 avril 1924

A propos de la tuberculose vésicale. — ***M. Dartigues*** présente un opéré de castration unilatérale pour bacillose épididymotesticulaire, auquel il a fait faire consécutivement une cure d'héliothérapie de trois mois. Il insiste sur les bons effets de cette cure qui peut parfois dispenser de l'opération et qui, en tout cas, en complète très heureusement le résultat.

Traitement électrique de l'entorse. — ***M. Laquerrière*** montre que le vieux procédé du traitement de l'entorse par la faradisation à interruptions très rapides en permet la guérison en quelques séances. Il est indispensable de s'assurer par la radiographie qu'il n'y a pas de lésions osseuses et d'appliquer le traitement dès le premier jour : le traitement tardif exige des séances plus nombreuses.

Sur quelques cas d'amnésie traumatique. — ***MM. A. Marie et Roques de Fursac*** résument une série de cas de cette affection après tentative de suicide collectif où l'un des amants se manque. La balle dans l'encéphale efface tout souvenir des faits : d'où problème de la responsabilité finale, problème également des fonctions du pôle frontal et de l'indifférence des localisations à ce niveau.

Jeûne thérapeutique et anthrax de la joue. — ***M. M. Nattier,*** par une cure de jeûne exclusive de tout autre traitement, vient de se guérir d'un anthrax de la joue de 6 centim. de diamètre. Cicatrisation complète en 10 jours. Il y a un an, il s'était débarrassé de la même façon d'un anthrax au cou. Par 9 cures de jeûne (108 jours) en 18 mois, il a rajeuni son organisme.

Accidents graves de l'évolution de la dent de sagesse. — ***M. Dufourmentel*** à l'occasion d'un malade qui, à la suite de l'évolution anormale de ses dents de sagesse a éliminé la totalité de son maxillaire inférieur, explique le mécanisme de ces complications et les moyens de les prévenir ; il montre à l'aide d'un film très intéressant comment peut s'effectuer la reconstitution totale d'une mâchoire détruite, avec prélèvements osseux sur le tibia, les différents temps opératoires et les bons résultats obtenus.

H. DUCLAUX.

REVUE DE LA PRESSE

L'angine de Vincent et son traitement étiologique.

A côté de l'opinion généralement admise sur l'angine de Vincent, M. Jacques PUIG en présente une autre (*Presse Médicale*, 3 mai 1924). D'après lui :

I. Pour que se développe une angine de Vincent, il faut : 1° un amoindrissement de la résistance à l'infection muqueuse ; 2° la symbiose fuso-spirochétique.

II. L'amoindrissement de la résistance de la muqueuse est causé environ 5 fois sur 100 par une affection générale (maladie générale, maladie par carence).

95 fois sur 100, par un trouble de l'évolution, soit de la dent de six ans, soit de la dent de sagesse (infection de la muqueuse péricoronaire ou irritation alvéolo-dentaire chronique).

III. — Le seul traitement logique de l'angine de Vincent est la suppression de ces causes d'amoindrissement de la résistance de la muqueuse :

1° En soignant l'affection générale ;

2° En pratiquant l'extraction de la dent incriminée. A l'extraction succédera la guérison.

ACTUALITÉS MÉDICALES

TUBERCULOSE

Constipation in tuberculosis. (La constipation dans la tuberculose). (HYMAN, J. SPECTOR et Joseph W. LARIMORE, *American Review of Tuberculosis*, février 1924.)

La constipation, qui survient chez un tuberculeux, influence défavorablement la marche de la maladie ; son amélioration diminue la gêne abdominale et augmente l'appétit, ce qui permet au malade de gagner du poids. Dans la plupart des cas, il suffit de prescrire un régime approprié, pour que le contenu du côlon reste mou. La cure de repos favorisant la constipation, il importe de ne pas négliger un symptôme dont la disparition rapide a une importance sur l'évolution clinique. J. LAFONT.

© BIU Santé

Surgical intervention in pulmonary tuberculosis. (La chirurgie de la tuberculose pulmonaire) (Leo Flœsser et Philip King, Brown, *American Review of Tuberculosis*, février 1924.)

Les cavités qui persistent après l'établissement d'un pneumothorax, par suite de la rigidité des parois ou de la présence d'adhérences, peuvent être réduites par la section de ces adhérences; mais la valeur de la pneumolyse intrapleurale n'est pas encore établie. Quand le pneumothorax est indiqué, mais impossible, la thoracoplastie est à envisager. La paralysie du diaphragme par résection du nerf phrénique peut être pratiquée pour mettre au repos relatif le poumon malade ; pour déterminer la valeur du poumon sain lorsque le poumon atteint est inactif et comme première étape de la thoracoplastie ; pour compléter l'effet du pneumothorax artificiel quand le poumon est maintenu par des adhérences diaphragmatiques.

J. Lafont.

Radiology in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. A discussion and X. ray demonstration at Ruchill Hospital, Glasgow. (Le radiodiagnostic de la tuberculose pulmonaire. Discussion et démonstration à l'Hôpital Ruchill, Glasgow (*Edinburgh Medical Journal*, mars 1924.)

A. S. Macgregor ouvre la discussion et montre que le radiographe et le clinicien doivent s'associer pour établir un diagnostic précis de tuberculose ; sinon les difficultés et les bizarreries de l'interprétation auraient pour résultat de diminuer la valeur du radiodiagnostic. J. A. Wilson indique que 33 % des déclarations de tuberculose du quartier est de Glasgow ont été reconnues erronées à l'écran ; la cause en serait dans la tendance actuelle à considérer comme tuberculeuses toutes les affections pulmonaires chroniques. Pendant 3 ans il a eu l'occasion d'observer 1.300 cas d'affections respiratoires et 600 cas de tuberculose avec expectorations positives, qui lui ont permis d'établir les points suivants : La tuberculose pulmonaire donne un cliché caractéristique, ce qui est capital pour le diagnostic précoce dans les cas à expectoration négative et avec conservation de l'état général. La tuberculose hilaire est rare, même chez les enfants atteints de maladies chroniques de l'appareil respiratoire. La tuberculose des bases est également rare, et, lorsqu'elle existe, elle est fréquemment en rapport avec la péritonite tuberculeuse. Enfin il peut y avoir des troubles respiratoires considérables sans signes radiologiques apparents ; la tuberculose doit être éliminée. Fergus Henderson montre une série de plaques des affections fréquemment confondues avec la tuberculose (dilatation bronchique, sarcome, carcinome, épanchement pleural, etc.) La discussion générale, à laquelle prennent part Struthers Stenart, Cameron, Hewatt, Watt, Johnston, révèle une divergence d'opinion considérable sur les rapports qui existent entre le diagnostic clinique et l'examen radiologique.

J. Lafont.

A proposito del tratamiento de los quistes hidaticos del pulmon (Contribution au traitement des kystes hydatiques du poumon). (B. Peritchitch, *Revista de Tuberculosis*, février 1924.)

17 observations personnelles montrent que le malade finit par évacuer son kyste dans les bronches. Parfois il est nécessaire d'opérer le sujet qui n'a pas réussi à guérir après la vomique ; mais en général le kyste ouvert dans les bronches guérit seul, sans intervention. L'opération n'aboutit pas à un succès, mais à une catastrophe ; aussi est-il préférable de s'abstenir et de laisser le malade guérir seul. J. Lafont.

La lucha antituberculosa. (La lutte antituberculeuse). (*Revista de Higiène y de Tuberculosis*, décembre 1923.)

Le Dr Félix Isléno, inspecteur sanitaire, a présenté à la Chambre des Députés de la République Agentine un projet de loi instituant la vaccination antituberculeuse, gratuite et obligatoire, par le vaccin anti-alpha de Ferran. Il se base sur les résultats obtenus par Vacarezza à l'hôpital des Enfants Assistés de Buenos Ayres, où la mortalité aurait été réduite de moitié. J. L.

Les pneumoconioses. (Denet-Kravitz, *Revue belge de la tuberculose*, mars 1924.)

Les défenses naturelles résistent, mais sont forcées plus ou moins tôt, suivant l'atmosphère, la façon de respirer du sujet, son état physique ; l'envahissement des lymphatiques du hile est assez précoce ; quand la pneumoconiose se poursuit, les lymphatiques d'origine digestive charrient également des poussières. Au point de vue technique il y a lieu de procéder à la « dépoussiération » de l'atmosphère par précipitation, aspiration, humidification ; de recouvrir les machines d'enveloppes ; et de munir les ouvriers de masques, soit du type à opercule interchangeable, soit du type scaphandrier à arrivée d'air sous pression.

J. Lafont.

L'allergie dans la tuberculose et la syphilis. (B. Dujardin et Ch. Duprez. *Revue belge de la tuberculose*, mars, 1924.)

Il existe dans la tuberculose une allergie spécifique presque constante, décelable par un produit spécifique : la tuberculine ; il existe dans la syphilis une allergie spécifique, tardive, irrégulière, transitoire comme le tertiarisme lui-même, mais, quand elle paraît, cette allergie revêt un caractère tout spécial de violence. La syphilis secondaire à une influence aggravante sur la tuberculose pulmonaire, car elle éteint les réactions allergiques elle est anergisante ; la syphilis ancienne a une influence favorable sur la tuberculose pulmonaire qu'elle fait bénéficier de son allergie intense. Réciproquement, on doit admettre que l'allergie de la tuberculose renforce l'allergie dans la syphilis et parfois lui supplée. J. Lafont.

CHIRURGIE DU COU

L'abcès lymphangitique du cou. (P. Clairemont. *Schw. medizinische Wochenschrift*, mai 1923.)

Au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au-dessous de l'omo-hyoïdien, viennent bomber des abcès limités en arrière par le lobe latéral intact du corps thyroïde en avant par l'aponévrose cervicale moyenne.

Ces abcès, pris le plus souvent pour une thyroïdite suppurée, sont en réalité des abcès lymphangitiques consécutifs à une lésion tégumentaire ou muqueuse parfois extrêmement difficile à découvrir.

HYDROLOGIE

Les eaux de Saint-Honoré en médecine infantile. (J. Silvestre. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1923.)

L'analyse des eaux de Saint-Honoré révèle :

Un premier groupe de sources à dominante sulfo-arsenicale ;

Un deuxième groupe oligo-minéralisé ,

Une variété très grande d'éléments minéraux, parmi lesquels le S. l'As, le Fe, le Ph et le Mn ;

Une radio-activité non négligeable ;

Ce sont ces éléments qui conditionnent les trois indications principales de la station : affections de l'appareil respiratoire ; anémies et asthénies ; affections cutanées.

D'ailleurs, chez nombre de malingres ou de lymphatiques, ces indications s'intriquent souvent, ce qui rend d'autant plus précieuse l'association médicamenteuse unique en France des des eaux de Saint-Honoré.

En résumé, les indications de Saint-Honoré peuvent se poser comme suit :

1° *Affections respiratoires* : Coryzas chroniques (lymphatiques) ; rhino-pharyngites ; angines à répétition ; bronchites chroniques ou à répétition ; scléroses pulmonaires, pleurites ; adénopathies trachéo-bronchiques ; rhinites spasmodiques (asthme des foins), asthme.

2° *Anémies. Asthénies* : Inappétence, misère physiologique ; convalescence : grippes, rougeole et fièvres éruptives ; tous les lymphatiques.

3° *Affections cutanées et des muqueuses* : Eczémas ; séborrhées ; acnés ; vulvo-vaginites.

© BIU Santé

HYGIENE PRATIQUE

Procédé pour la destruction des mouches à l'état adulte.

Ce procédé a été indiqué par M. Collet à la *Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine* (2 décembre 1923).

« On s'attaque le plus souvent, dit-il, aux larves lorsqu'on veut détruire les mouches ; elles ne sont pas, en effet, fugitives comme les mouches adultes, qu'on est obligé, lorsqu'on veut les capturer ou les empoisonner, d'attirer vers le piège, remettant ainsi le succès de la chasse à leur bonne volonté et à leur gourmandise.

Les procédés employés pour les larves sont soit des liquides toxiques pour elles, comme le sulfate ferrique ; soit des liquides à action physique sur elles comme l'huile lourde de houille.

Le premier produit donne de bons résultats, mais à dose élevée et fréquemment renouvelée : il se transforme vite en sulfate ferreux, puis en sulfure de fer, inactifs au contact des matières organiques en fermentation ; de plus, s'il détruit les larves, son action est essentiellement locale ; il n'empêche pas les adultes de pulluler autour de l'endroit désinfecté, parce que nombreux sont les endroits, en dehors de celui-ci, où les adultes peuvent pondre, et les œufs évoluer : la production étant au moins aussi rapide que la destruction, on n'arrive pas à grand'chose.

Les phénols divers (type crésyl, par exemple) ne sont des ennemis des mouches qu'à des doses élevées, incommodantes pour les hommes ; impossibles à employer à dose suffisante pour les fumiers, les fosses d'aisance, les tas d'ordures parce que s'opposant ensuite à la destruction bactérienne.

L'huile de houille, qui est à peu près inerte au point de vue chimique, présente l'inconvénient de n'agir bien que sur des liquides, où elle s'étend en mince couche : elle agit alors comme le pétrole dans la destruction des larves de moustiques ; mais répandue sur des surfaces non horizontales, elle se rassemble dans les déclivités et les larves pullulent bientôt sur les parties en relief.

Elle ne peut de plus agir que dans un plan, étant une arme de surface, alors que l'ennemi à détruire vit en profondeur surtout.

Il existe un moyen de s'attaquer dans l'espace aux mouches adultes ; et leur destruction peut être poussée très loin, jusqu'à la disparition, si on veut s'en donner la peine. Avant de donner le détail du procédé, voici un exemple de son efficacité.

Dans une ferme isolée de la Somme, en 1916, M. Collet a pu par ce procédé, mis en action, pendant 1 heure, ramasser 11 seaux de 10 litres de mouches pures. A la nuit, lorsque les mouches sont remisées sur les poutres et les murs des écuries, une seconde opération en tua encore environ 4 seaux qui ont été ramassés le lendemain matin. Depuis il suffit tous les jours, après la corvée d'épluchures et le nettoyage de la vaisselle, de donner quelques doses d'antimouche ; juspu'au mois de novembre, on n'en a jamais vu que quelques-unes, comme cela peut se voir dans la plus propre des maisons.

A l'organisation du secteur conquis, la destruction des mouches, commencée aussitôt les attaques, a donné les résultats les meilleurs et tout de suite : c'était un secteur sans mouches, et pour qui a connu l'été de la Somme, il y a de quoi être étonné et satisfait.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %
"L'IODOSOL"
Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"
à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.
EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.
CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES
"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS
Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE
BLENNORRAGIE
CYSTITE
VADÉROL
PROSTATITES
PYELITHES
COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique et Sel Disodique de l'Acide Copahivique
DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURETIQUE
Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée
Doses : 10 à 12 PILULES par jour.
LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (Yonne)
Usine a Joigny-Epizy (Yonne). — Téléphone 94
R. C. Joigny 1.571
Échantillon sur demande

© BIU Santé

Le procédé est basé sur les propriétés de la cire qui recouvre le corps des insectes : cette cire, qui est destinée à les empêcher d'être mouillées par l'eau, et toutes les solutions salines qu'on voudra, est soluble dans les hydrocarbures, — inversement, on peut faire absorber des hydrocarbures, à cette cire, puisque les solubilités sont réciproques. Or un insecte mouillé est un insecte terrassé d'abord puis asphyxié ; et les hydrocarbures mouillent très bien et instantanément les insectes ; les ailes se fripent, les poils des stomates abdominaux se mouillent, se collent, les trachées absorbent un peu de liquide, l'insecte est rapidement mort, bon à balayer. Il suffit de produire, au moyen du pulvérisateur Vermorel, un brouillard d'hydrocarbure dans les endroits où sont les mouches pour les voir tomber comme la pluie. Sur les tas d'ordures, sur les murs, les poutres, un coup de pulvérisateur qui atteint aussi bien celles qui volent que celles posées et cela suffit.

QUELS SONT LES HYDROCARBURES A EMPLOYER. — Dans les locaux qui ne craignent rien pour leur élégance, sur les tas d'ordures, taches humides de liquides attirant les mouches : l'huile lourde de houille, étendue d'un peu de pétrole s'il y a lieu, pour la fluidifier.

Pour les locaux à laisser propres : intérieurs de maison, locaux publics de réunion : l'essence de pétrole. Ici il faut éloigner toute flamme. Après le balayage des mouches, une aération d'une heure suffit pour chasser l'odeur de l'essence et le danger d'incendie.

Si on a devant soi une huitaine de jours avant la réoccupation des locaux, on peut employer le pétrole lampant. Le danger d'incendie est diminué dans de grandes proportions et en huit jours, l'odeur et les petites taches faites disparaissent.

LA QUANTITÉ A EMPLOYER. — Elle est minime : pour la désinfectation de la ferme citée plus haut, 10 litres ont suffi pour la grande opération.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE. — A l'air, si on ne pulvérise pas au dessus de la tête, ni à contre-vent, il n'y a pas de danger pour l'opérateur.

Dans les locaux fermés, si on projette vers le plafond, il est bon de mettre une cagoule, l'huile de houille contenant encore des produits phénoliques caustiques.

Pour le pétrole et l'essence il n'y a rien à craindre.

Note : 1° — L'alcool qui n'est d'ailleurs par un hydrocarbure, ne donne pas de résultats.

2° — Le tuyau du Vermorel doit être en durit et non en caoutchouc, tout comme le tuyau d'arrivée d'essence de moteurs d'avion.

3° — Le compresseur d'air doit être du type où l'organe pompe n'est pas touché par le liquide.

4° — Régler le giclage pour un brouillard aussi ténu que possible. Si le liquide est un peu trop épais, y ajouter un peu de pétrole.

BIBLIOGRAPHIE

L'année médicale pratique, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, méd. des hôp. Préface du prof. E. SERGENT, 1 vol. in-16, 524 p., 11 fig. Maloine édit. Prix : 20 francs.

L'*Année médicale pratique* renferme, comme les deux volumes précédents, l'exposé de toutes les données nouvelles et pratiques condensées en 300 articles classés par ordre alphabétique et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.) Elle contient également les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

En outre, ce troisième volume est enrichi de figures et renferme un nouveau chapitre bref, mais plein d'intérêt. Sous un titre suggestif : « A l'Horizon », il groupe les notions récentes qui, sans être susceptibles d'applications courantes immédiates, laissent entrevoir de brillants espoirs dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique. (*Voir suite p.* 412.)

LIPOIDES H. J.

GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Aménorrhée, Troubles de la Puberté, Dysménorrhée, Stérilité, Ménopause, Sénilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour

GYNOLUTEOL
CALMANT et SÉDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Ménorragies essentielles
Troubles de la castration
Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour

Dépôt Général : H. CARRION et Cie, 54, Fg St-Honoré, PARIS

R. C. Seine 58.627.

DIGIBAINE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
R. C. Seine 203.600

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (SEINE)
Téléphone 12
PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS
Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action leucopédétique et hyposécrétoire de l'atropine sur l'estomac

Par M. LOEPER et G. MARCHAL.

Parmi les médicaments utilisés dans les affections de l'estomac, il en est un dont l'action sur la motricité et la sécrétion peut être considérée comme certaine : c'est l'atropine.

Il nous a semblé intéressant d'étudier parallèlement son influence sur la leucopédèse.

Nos recherches ont été faites chez l'homme et chez l'animal, par ingestion et par injection hypodermique : chez l'un de 1/4 de milligr. et chez l'autre de 1 milligr. de sulfate d'atropine.

Tous les sujets recevaient le même repas d'épreuve de 125 cc. d'eau peptonée. Voici tout d'abord les résultats obtenus avant et après l'ingestion d'atropine.

La proportion de leucocytes est rapportée au millimètre cube :

		15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'
Homme								
B	avant	1008	976	—	2072	836	—	—
	après	—	392	—	3128	1472	—	—
N	avant	1684	3028	3482	2584	—	668	3224
	après	392	5876	6920	9160	—	6096	—
Chien	avant	—	456	—	312	—	—	—
	après	—	2744	—	2084	—	—	—

Le fait est donc constant : après une diminution momentanée, la leucopédèse produite par l'atropine s'élève notablement : toujours double de la leucocytose antérieure, elle atteint parfois 9160 éléments par millimètre cube, chiffre que nous n'avions pas encore observé.

Cette élévation paraît plus forte chez les hypochlorhydriques que chez les hyperchlorhydriques, mais la différence entre les deux examens, faits avant et après l'ingestion, s'y accuse plus nettement.

Dans tous ces cas, la sécrétion chlorhydrique s'atténue tandis que la leucopédèse s'accroît et la diminution de l'acide libre et combiné s'oppose à l'accroissement du nombre des éléments leucocytaires.

***

L'atropine exerce une action rapide quand elle est introduite par voie buccale ; elle agit plus lentement quand elle est donnée par voie sous-cutanée.

Dès le début de l'expérience, la leucopédèse est faible, mais, six heures après, par contre, elle est très élevée. Ces variations apparaissent dans le liquide à jeun, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

	Leucocytes	Polynucléaires
Liquides à jeun avant	340	78 %
6 heures après	2576	43 %

Le premier liquide est peu muqueux ; le second est très riche en mucus et son acidité s'atténue de façon évidente :

L'acide chlorhydrique libre tombe en effet de 1,7 à 0.
L'acide chlorhydrique combiné de 2,2 à 0,6.

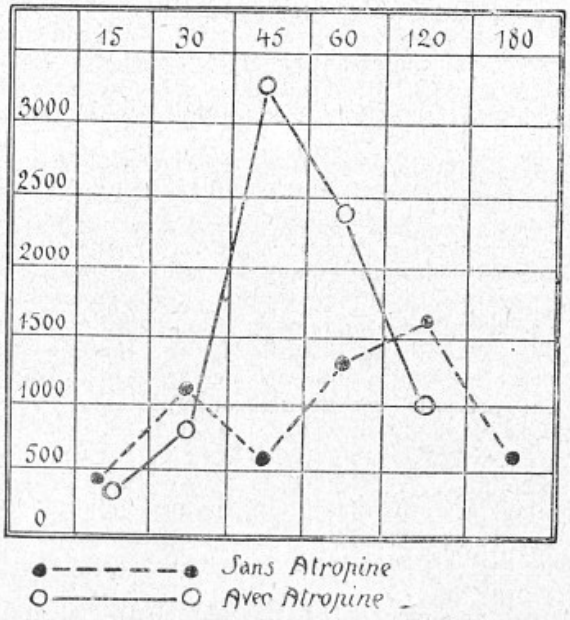
***

On sait que l'atropine agit surtout comme inhibiteur du vague. Dans nos expériences, le réflexe oculo-cardiaque, assez accentué avant l'épreuve, tombe à 0 après l'ingestion ou l'injection.

Si l'on attribue à l'inhibition du vague la diminution de l'acidité, on peut également lui attribuer la leucopédèse, tout en admettant que la prédominance du sympathique, ainsi libéré de son antagoniste, puisse jouer également un rôle.

Ce fait s'accorde assez bien avec la constatation de MM. Claude et Santenoise de l'accroissement de la leucocytose digestive chez les sympathicotoniques et de sa réduction chez les vagotoniques.

Aucun autre médicament que l'atropine ne nous a paru donner des résultats aussi constants.



Courbe de la leucopédèse gastrique après ingestion de bouillon, avec et sans atropine.
A gauche, le nombre de leucocytes par millimètre cube.
En haut, le temps inscrit en minutes.

Qu'on utilise, ainsi que nous l'avons fait, des excitants du sympathique comme l'adrénaline, du vague comme la pilocarpine, ou d'autres, d'action moins définie, comme l'antipyrine, ou l'ésérine, on ne rencontre jamais une opposition aussi franche de la leucopédèse et de l'acidité.

***

Le rôle joué par l'atropine dans la thérapeutique gastrique tient certainement à son action leucopédétique, à son action sécrétoire.

Son efficacité dans l'ulcus dépend de ces deux propriétés. La leucopédèse est sans doute aussi utile à la cicatrisation et à la protection de la plaie que l'hyposécrétion l'est à la suppression du spasme et des douleurs.

Dans l'administration de ce médicament on doit s'inspirer des résultats un peu différents obtenus par ingestion et injection.

La première donne des réactions plus fortes, immédiates, mais passagères ; la seconde des réactions plus discrètes, plus tardives, mais de même sens et presque de même grandeur. Il faut les associer.

© BIU Santé

L'intoxication professionnelle par le tétrachloréthane

Par MM. A. FEIL et R. HEIM DE BALSAC.

Certaines industries emploient depuis quelques années un produit dangereux, le tétrachloréthane, dont les vapeurs, lorsqu'elles sont inhalées, peuvent déterminer chez les ouvriers des accidents graves, même mortels, caractérisés principalement par de l'ictère et des polynévrites.

Le tétrachloréthane ou éthane tétrachloré a pour formule $C^2 H^2 Cl^4$; c'est un corps stable, liquide, légèrement jaunâtre, peu volatil, d'odeur pénétrante, rappelant celle du chloroforme. Il est peu soluble dans l'eau ; son point d'ébullition est de 146° centigrades.

La toxicité du tétrachloréthane est très grande, elle est démontrée non seulement par les faits cliniques (de nombreux cas mortels ont été signalés), mais encore par les recherches expérimentales : celles de Lehmann, publiées en 1911 dans les *Archiv. für Hygien.* (T. 72, p. 1-60) ; celles plus récentes de Kohn-Abrest, de Willcox, de Noël Fiessinger, Wolf et Blum. D'après Veley, le tétrachloréthane est 2, 8 fois plus toxique pour les tissus que le chloroforme. Kohn-Abrest, se basant sur les recherches de Lehmann et sur ses propres expériences, admet que les vapeurs de tétrachloréthane sont 4 fois plus nocives que les vapeurs de chloroforme.

Le tétrachloréthane est un dissolvant organique comme la benzine et le sulfure de carbone ; mais comparé à ces corps, il présente des avantages importants : c'est, en effet, le meilleur dissolvant connu de l'acétate de cellulose, c'est un corps ininflammable, son prix est peu élevé. Ceci explique que, de plus en plus, on ait tendance à faire usage des produits chlorés, en particulier du tétrachlorure de carbone et du tétrachlorétane, dans les industries où l'on employait jusqu'ici la benzine et le sulfure de carbone.

Deux professions sont particulièrement dangereuses, puisque des décès dus à l'intoxication par le tétrachloréthane y ont été signalés ; ce sont : le vernissage des ailes d'aéroplanes, la fabrication des perles fausses. Dans ces deux professions on utilise, ou du moins on utilisait il y a peu de temps encore, un vernis au tétrachloréthane, et c'est l'inhalation de cette substance qui déterminait les accidents.

Les émanations des vapeurs d'éthane tétrachloré sont quelquefois très faibles dans les ateliers, et l'on s'étonne qu'il puisse se produire une intoxication. Cependant l'intoxication chronique peut en résulter, car « il suffit de quelques milligrammes seulement de tétrachloréthane en vapeurs par litre d'air, pour constituer une atmosphère pouvant devenir à la longue nocive lorsqu'on la respire à raison de 8 ou 10 heures par jour. Or, quelques milligrammes (1 à 5) par litre d'air existent certainement du moment que l'on perçoit nettement l'odeur du tétrachloréthane.

En d'autres termes, pour que le travail ne présente pas de risques d'insalubrité, aucune odeur nette du produit en question ne doit être perceptible dans l'air. (Kohn-Abrest.)

***

Nous avons poursuivi à l'Institut d'hygiène industrielle. -- Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris — des recherches sur ce sujet. En particulier nous avons fait une enquête sur les dangers professionnels du tétrachloréthane dans l'industrie des perles artificielles. Voici le résumé de nos constatations :

Avant que surviennent les accidents graves, hépatiques ou nerveux, les ouvriers présentent souvent des symptômes légers et fugaces : céphalée, vertiges, sensation d'ivresse, somnolence, troubles digestifs ; ce sont de véritables *signes d'alarme* qui engagent à surveiller davantage et à éloigner de l'atelier, momentanément du moins, les ouvriers qui les présentent. C'est, en effet, chez ces ouvriers que se produiront de préférence les formes graves, caractérisées les unes par l'ictère, les autres par les polynévrites.

1°) La *forme ictérique*, dont MM. Kohn-Abrest, Frois, Fiessinger, ont signalé plusieurs cas, est de beaucoup la plus fréquente et la plus grave. Le tétrachloréthane est par excellence un poison du foie. Suivant la gravité des symptômes qui accompagnent l'ictère, on peut, avec Willcox, distinguer :

a) Des cas d'ictères bénins sans toxémie, ce sont les formes les plus fréquentes, elles guérissent en quelques semaines.

c) Des cas d'ictères avec toxémie, formes redoutables souvent mortelles, caractérisées par les signes de l'ictère grave.

c) Des cas d'ictères avec signes de « cirrhose de remplacement » et sténose portale. Cette évolution vers la cirrhose constitue une complication lente de l'intoxication par le tétrachloréthane.

2°) La *forme nerveuse* mise en évidence par M. Léri, qui en a signalé les deux premiers cas, se caractérise essentiellement par une polynévrite siégeant aux extrémités des membres, surtout au niveau des interosseux. Cette paralysie s'accompagne de fourmillements, de sensation d'engourdissement des doigts et des orteils. Les réflexes tendineux sont généralement abolis aux quatre membres, le réflexe plantaire se fait en flexion. Cette polynévrite des extrémités s'accompagne, ce qui est très important pour le diagnostic, d'une paralysie du voile du palais et de certains muscles moteurs de l'œil ; en particulier on constate une large dilatation de la pupille.

En dehors des polynévrites légitimes, il existe assez souvent, chez les personnes qui respirent de façon habituelle les vapeurs de tétrachloréthane, des troubles légers portant sur divers points du système nerveux. Ces troubles : paralysie plus ou moins nette du voile du palais, dilatation pupillaire, abolition ou diminution des réflexes tendineux, semblent très fréquents. Ainsi, dans un atelier que nous avons visité, nous avons constaté ces symptômes, ensemble ou isolément, chez huit ouvrières sur onze que nous avons examinées. Ils constituent de véritables petits signes d'imprégnation par le tétrachloréthane. Comme le conseille M. Léri qui, le premier, les a signalés, il serait utile de les rechercher systématiquement ; peut-être, en écartant des usines les ouvriers dès la constatation de ces symptômes d'alarme, pourrait-on espérer éviter les accidents plus sérieux.

En résumé, le danger de l'intoxication par le tétrachloréthane ne réside pas seulement dans les complications aiguës, mais encore dans les manifestations tardives qui touchent la glande hépatique et le système nerveux. Du côté du foie, c'est le processus de cirrhose (formes cirrhotiques de Willcox) dont les conséquences tardives, à longue échéance, sont d'une grande importance médico-légale. La forme polynévritique offre un moindre dan-

© BIU Santé

ger immédiat, mais c'est une forme lente à guérir, pouvant durer des mois.

***

Cette note a pour but principal d'attirer l'attention sur la nécessité de prendre des mesures prophylactiques particulièrement sérieuses pour protéger la santé des ouvriers qui emploient le tétrachloréthane. Ces mesures varieront forcément selon le genre de travail ; leur étude ne peut trouver place dans ce court article:

Il est un point cependant sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est la forte densité (1,61) du tétrachloréthane. Ce corps a tendance à se concentrer dans les parties déclives des ateliers. Aussi, comme le remarque M. Frois, dans une communication à l'Académie de médecine, ne suffit-il pas d'aérer plus ou moins un local pour mettre le personnel à l'abri de l'intoxication ; le brassage de l'atmosphère n'empêche pas les ouvriers d'absorber tout ou partie du toxique. Il faut capter « les vapeurs lourdes du tétrachloréthane à l'endroit même où elles se forment, au moyen d'un ventilateur centrifuge, et les rejeter à l'extérieur, ou mieux les condenser et les recueillir. »

En dehors des mesures prophylactiques qui sont indispensables, et doivent être strictement réglementées. il faut recommander, comme nécessaire, la surveillance médicale des ateliers. C'est en dépistant chez les ouvriers les petits signes d'imprégnation par le tétrachloréthane, petits signes souvent précoces, que l'on préviendra les accidents plus graves hépatiques ou nerveux.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De l'étude du segment inférieur au point de vue de l'accouchement

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1).

Je vais vous entretenir ce matin de l'étude du segment inférieur au point de vue de l'accouchement. C'est une question essentielle de pratique aussi importante dans l'examen d'une femme en travail que celle de la présentation et de l'état du col.

Il est nécessaire d'abord de vous rappeler la constitution du segment inférieur avant le début du travail.

Le segment inférieur, vous le savez, représente l'élargissement ou l'allongement de ce qui constitue l'isthme de l'utérus chez la femme non enceinte. Il n'est réellement bien formé qu'à partir du sixième mois de la grossesse et croît jusqu'au terme. C'est une partie de l'utérus moins épaisse et beaucoup moins fortement musclée que le corps, non adhérente au péritoine, et revêtue intérieurement d'une caduque.

On doit distinguer deux types absolument différents de segment inférieur avant le travail, suivant que l'on a affaire à une primipare avec tête profondement engagée, ou à une multipare avec tête mobile. Dans le premier type, l'utérus apparaît comme très épais dans sa portion supérieure et s'amincissant progressivement pour se terminer par un col qui, au début du travail, a encore toute sa longueur.

Le segment inférieur représente une sorte de calotte régulière et lisse, beaucoup plus étendue en avant qu'en arrière. Sa hauteur au terme de la grossesse est de 7 ou 8 centimètres. Sa limite supérieure se trouve au-dessus du plan du détroit supérieur.

Le segment inférieur de la multipare, surtout de la pluripare est tout différent. Saus doute a-t-il encore une moindre épaisseur que le corps, mais au lieu de constituer une calotte lisse, régulière, moulant la présentation profondément engagée, il est représenté par une partie flasque, aplatie, sans hauteur, continuée par le col lui-même béant.

Passons aux modifications physiologiques du segment inférieur durant le travail normal.

Les deux portions constituantes de l'utérus, d'une part le corps, ce que quelquefois on a appelé le segment supérieur, et d'autre part le segment inférieur, ont deux rôles qui n'ont absolument rien de commun, qui à quelques égards semblent même contradictoires l'un de l'autre. Le corps utérin, organe puissamment contractile, dont les fibres lisses n'ont aucune autre égale dans l'économie, représente dans l'acte de la parturition la partie active, le moteur pour ainsi dire.

Il possède des fibres musculaires extrêmement nombreuses et dirigées dans tous les sens, les unes circulaires, les autres transversales, d'autres plexiformes.

Le segment inférieur est au contraire pauvrement musclé ; enfin dans le col les fibres musculaires ont presque complètemeut disparu. Le segment inférieur ne peut donc pas jouer dans l'accouchement le rôle d'un organe nettement contractile. Sans doute il se contracte, mais très insuffisamment, quelquefois plutôt pour gêner le mécanisme du travail que pour l'aider. Son rôle est surtout passif. En vertu de son élasticité, il se laisse dilater par le fœtus, dont il épouse les formes et les dimensions.

Ceci dit, étudions d'abord les modifications du segment inférieur dans le cas le plus typique, l'O. I. G. A. à terme normale chez la primipare, la gauche antérieure avec sommet bien fléchi, c'est-à-dire la position la plus favorable à l'accouchement.

La première action du segment inférieur — et celle-ci commande toutes les autres — est de subir, grâce à son élasticité, un développement de plus en plus grand, à mesure que les contractions du corps utérin poussent le fœtus dans sa cavité.

Il descend par conséquent de plus en plus et ne s'arrêtera qu'au plancher périnéal. Il s'agrandit, sa superficie augmente comme celle d'un ballon de baudruche insufflé.

Le second changement, conséquence inévitable du premier, est le déplacement des deux limites du segment inférieur, en sens inverse l'une de l'autre. Au fur et à mesure que le segment inférieur va s'amplier sous la poussée du corps, sa limite inférieure qui correspond à l'orifice interne du col va descendre. jusqu'à atteindre dans les cas les plus favorables le plancher pelvien, et ceci se comprend aisément. Mais ce qui est aussi important, c'est l'élévation de la limite supérieure qui, lorsque la dilatation est complète, dans les cas tout à fait normaux, se trouve à 3 bons travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Dans les cas pathologiques, l'élévation est bien plus prononcée encore. Ai-je besoin de vous dire qu'un des meilleurs signes précurseurs de la rupture de l'utérus est l'élévation de cette limite supérieure vers l'ombilic. On comprend moins bien cette élévation de la limite supérieure. En voici la raison.

C'est qu'il y a dans l'utérus deux parties indépendantes : l'une, le corps contractile, s'épaissit et attire l'autre partie mince et élastique qui remonte peu à peu vers le corps. Il en résulte que la hauteur du segment inférieur augmente : elle atteint 12 centimètres.

Simultanément, il y a, inévitablement, un amincissement du segment inférieur. Comment pourrait-il augmenter de superficie et de hauteur sans cela ? Cet amincissement est très important au point de vue clinique ; on doit toujours rechercher si le segment inférieur est mince, épais, très épais.

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, le 21 février 1924.

© BIU Santé

De plus, le segment inférieur se développe de façon inégale, beaucoup plus sur la partie antérieure que sur la postérieure. On en a la preuve par ce fait que l'on n'arrive pas à toucher le col au début du travail, ce qui ferait croire à une main ignorante qu'il y a une dilatation complète. L'ampliation de la partie postérieure ne se produit que pendant le travail, alors le col est ramené vers la ligne médiane.

Enfin le segment inférieur pendant le travail s'incorpore le col dont l'effacement commence. Un moment arrivera où la dilatation va nettement commencer, où le col est complètement effacé, assimilé au segment inférieur, de sorte que l'utérus doit être considéré, au point de vue de l'accouchement, comme étant composé de deux parties essentielles, le corps, d'une part, et, d'autre part, l'ensemble du segment inférieur et du col, ce que l'on appelle le canal cervico-segmentaire ; deux parties dont le rôle est différent, l'une contractile, l'autre simplement élastique.

Maintenant, voyons les cas atypiques. Voyons d'abord ce qui se passe en cas de présentation régulière, mais haute : ce sont avant tout les postérieures, droite et gauche, puis c'est le siège et la face. Qu'arrive-t-il dans tous ces cas ?

Evidemment, le segment inférieur subit les mêmes transformations que dans le cas précédent. Mais ces modifications se produisent d'une façon plus tardive, plus lente, plus irrégulière et toujours moins parfaite.

Le segment inférieur reste très longtemps épais, ne se laisse pas dilater parce que la présentation le remplit moins bien, et est moins favorable pour l'amincir.

Dans un deuxième cas, la présentation est irrégulière ; front, épaule, ou bien il n'y a pas de présentation, au sens clinique du mot. Dans ces conditions, le segment inférieur se formera encore, mais d'une façon de plus en plus réduite, traînante et imparfaite, il va se trouver saisi entre la symphyse pubienne et une présentation située au-dessus du détroit supérieur ; sa circulation étant gênée, il va s'œdématier dans sa partie inférieure, s'épaissir : c'est la dystocie secondaire du col résultat de la perte de souplesse.

Voyons maintenant les modifications observées chez les multipares. Prenons pour type la femme ayant eu six ou sept enfants, la pluripare.

Ces femmes arrivent à terme sans présenter l'ombre d'un engagement ; la tête reste au niveau du détroit supérieur quoiqu'elle soit mobile. Elles accouchent d'ailleurs sans difficulté ; chez elles, l'effacement du col et la dilatation sont simultanés, alors que chez la primipare la dilatation suit l'effacement. Le canal cervico-segmentaire chez la multipare forme un canal plus ou moins fusiforme persistant pendant le travail, mais il ne gêne pas le travail parce qu'il est flasque et souple et se laisse traverser par la tête, c'est-à-dire que cet effacement du col, cette ampliation du segment inférieur qui étaient nécessaires pour permettre chez la primipare la descente de la tête, sont facultatifs chez la multipare.

En somme, les deux facteurs intéressants dans le travail sont la poussée du muscle utérin, l'élasticité du segment inférieur.

J'arrive à la question de l'appréciation clinique du segment inférieur.

On peut l'apprécier par deux moyens, le palper abdominal et le toucher vaginal. Je ne parle que des cas normaux et de la femme en travail.

Le palper abdominal, en réalité, ne fournit aucun renseignement. On dit ceci : au fur et à mesure que le segment inférieur devient de plus en plus mince et que par conséquent le corps devient de plus en plus globuleux et épais, ces deux parties sont séparées par une dépression en coup de hache ; c'est ce qu'on appelle l'anneau de Bandl. Ceci est exact dans les cas pathologiques ; c'est l'utérus en 8 de chiffre, l'utérus en sablier, le « hour-glass ante partum » des auteurs anglais. Mais c'est erroné dans l'eutocie.

Dans quelques cas d'éventration, on pourra sentir le ressaut en coup de hache.

Par contre, par le toucher, il y a de nombreux éléments à rechercher ; ce sont :

1° Le degré d'ampliation du segment inférieur ;

2° L'épaisseur du segment inférieur, soit en appuyant le doigt au fond d'un cul-de-sac vaginal, soit en introduisant le doigt dans l'orifice cervical et en pinçant le bord de celui-ci.

3° L'aspect du segment inférieur : est-il lisse, ou présente-t-il des bourrelets dus à une contraction partielle ?

4° La position de l'orifice inférieur du segment inférieur : est-il très en arrière, au voisinage du sacrum, ou au voisinage de la symphyse en avant ?

5° Le degré d'efficacement du col ;

6° L'application ou non du segment inférieur sur la présentation ;

Quelle est l'influence de l'état du segment inférieur sur la marche du travail ? Chez la primipare il est très important pour l'accouchement que le segment inférieur soit bien formé ; son ampliation a bien plus d'importance que la dilatation de l'orifice cervical.

Si cette ampliation est parfaite, la dilatation a beau être petite, de 2 ou 3 centimètres, il faut s'attendre d'un moment à l'autre à ce qu'elle devienne complète et permette l'accouchement. Au contraire, si le segment inférieur n'est pas encore formé l'accouchement tardera.

Chez la multipare, ou plus exactement chez la pluripare, — car le cas d'une femme qui a son deuxième enfant se confond avec celui de la primipare —, tout dépend du degré de souplesse du canal cervico-segmentaire.

Il nous reste à considérer l'étude du segment inférieur dans ses rapports avec les interventions tentées par voie basse.

Il n'y a aucun paradoxe à soutenir que de l'état du segment inférieur dépendent la possibilité, la facilité et la sécurité de toutes les opérations par voie basse ; ces interventions seront faciles quand le segment inférieur est bien amplié, bien mince, bien formé, le col bien effacé ; elles seront impossibles, difficiles ou dangereuses, si le segment inférieur est mal formé, épais, rigide, le col non effacé.

Considérons maintenant une autre intervention, la dilatation artificielle du col. Deux cas se présentent. Ou bien le segment inférieur a complètement effacé le col, la dilatation est de 2 à 4 centimètres. Dans ce cas, la dilatation artificielle est-elle prudente ? Oui.

Mais supposons que le segment inférieur ait une ampliation moins parfaite, que le col ne soit que partiellement effacé. Dans ces conditions, la dilatation artificielle est imprudente, parce que la moindre déchirure va atteindre le segment inférieur même, au lieu de se perdre dans les tissus mous du col. C'est ce qui a donné un argument aux détracteurs de la méthode de la dilatation artificielle.

Ces mêmes considérations relatives à la dilatation artificielle s'appliquent également à l'incision du col.

Si le col est complètement effacé, nous ne courons aucun danger, nous n'atteindrons même pas le segment inférieur. Au contraire, si le col n'est pas du tout effacé, l'incision porte sur le segment inférieur dans une zone qui peut être dangereuse.

Enfin, la césarienne vaginale, opération admirable quand le segment inférieur est bien formé, est une opération difficile, déplorable, quand ce segment est mal formé. C'est ce qui fait la difficulté de beaucoup de césariennes vaginales pratiquées, par exemple, pour un cas de rigidité spasmodique du col.

Je conclurai : au cours d'un examen de femme enceinte, au moment où l'on décide la possibilité d'un accouchement ou d'une intervention, étudier simplement l'état du col est d'un clinicien imprudent ; au contraire, étudier l'état du canal cervico-segmentaire conjointement avec l'état du col, est d'un bon clinicien.

(*Leçon recueillie par le Dr* LAPORTE.)

© BIU Santé

XXXVIIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Troubles oculaires d'origine dentaire

Par le Dr **Camille FROMAGET**.

Les troubles oculaires d'origine dentaire ont été signalés depuis longtemps. Les premières observations ont été publiées il y a plus d'un siècle. Les différentes périodes pendant lesquelles ces travaux ont paru peuvent être divisées en :

1° *Période préophtalmoscopique*, 2° *période préradiographique*, 3° *période radiographique* et *bactériologique contemporaine.*

Chaque période conserve sa caractéristique.

La première est riche en phlegmons orbitaires avec complications méningées et cérébrales.

La seconde, grâce à la découverte de l'ophtalmoscope, permet de connaître les causes de certaines cécités.

Mais depuis une dizaine d'années, cette étude est entrée dans une phase nouvelle, grâce à la *radiographie et à la bactériologie*. L'attention a été attirée, non plus seulement sur les lésions dentaires visibles, mais sur les lésions périapexiennes invisibles, silencieuses qui sont l'origine d'accidents septicémiques, décrits en Amérique sous le nom de « Focal Infection ».

Pour classer les causes des troubles oculaires, il faut suivre l'évolution dentaire, le « curriculum vitæ » de la dent depuis sa naissance jusqu'à sa mort.

Les anomalies congénitales ayant déterminé des troubles oculaires sont extrêmement rares.

Ceux-ci commencent au moment de l'éruption dentaire et se manifestent jusqu'à la mort de l'organe.

La première et la deuxième dentition déterminent des troubles dont il est difficile de préciser l'importance.

Le travail qui s'effectue dans les maxillaires et qui s'accompagne de multiples perforations de la gencive, provoque non seulement des troubles locaux mais aussi des troubles généraux, résultant de l'irritation du trijumeau et des infections buccales par les gencives ulcérées.

Ces ulcères constituent des portes d'entrée pour les germes innombrables qui vivent dans la cavité buccale. Le rôle nous paraît de la plus haute importance pour la *tuberculose* en particulier. N'est-ce pas la cause de cette tuberculose ganglionnaire cervicale et sous-maxillaire si fréquente chez les jeunes sujets ?

Les causes les plus fréquentes des troubles oculaires sont indiscutablement les maladies de la dent et de l'alvéole : *carie* avec ses complications : *périodontites, abcès, fistules, fluxions, ostéopériostites circonscrites ou diffuses, ostéomyélites, pyorrhée alvéolaire, corps étrangers.*

La thérapeutique dentaire est aussi un facteur très important. Les désastres occasionnés par des extractions malheureuses sont très nombreux ; ils disparaissent avec les progrès de l'asepsie.

Les infections périapexiennes silencieuses, qui résultent de soins conservateurs insuffisamment aseptiques, sont fréquemment observés ; sous les amalgames, sous les couronnes d'or, sous les bridges et les dentiers, elles sommeillent au voisinage de l'apex, où des germes vont donner naissance à des foyers infectieux périapexiens : granulomes, kystes, abcès borgnes.

Ces foyers ne peuvent être reconnues que par la *radiographie.*

Les dents coupables sont surtout les premières et deuxièmes molaires et les prémolaires supérieures.

Ce sont elles qui tiennent la tête dans la statistique des responsabilités.

Les incisives, les canines et les dents de sagesse viennent bien loin derrière.

Les troubles oculaires d'origine dentaire sont peu fréquents. Cette faible fréquence s'entend pour les cas dans lesquels la lésion oculaire *est uniquement sous la dépendance de la lésion dentaire qui est cause déterminante.*

Mais, si on considère l'infection dentaire comme une cause *prédisposante*, la fréquence s'accroît singulièrement et son champ devient illimité.

Les troubles oculaires siègent presque constamment du même côté que la lésion dentaire. Le plus souvent ils sont unilatéraux. Dans des cas très rares, ils sont bilatéraux ; les lésions croisées sont encore plus exceptionnelles.

Les complications qui les déterminent peuvent être classées en deux catégories : *les complications de voisinage* et *les complications à distance.*

Les complications de voisinage apparaissent, soit du côté de l'appareil lacrymal, soit du côté de l'orbite.

Le plus souvent, les complications lacrymales dues aux lésions des incisives et des canines se manifestent sous formes d'*abcès prélacrymaux.*

Les complications orbitaires sont plus graves : les *périodontites, ostéopériostites, ostéomyélites* et *sinusites* aboutissent quelquefois à la *fluxion orbitaire*, plus souvent au *phlegmon* qui peut entraîner la perte de la vision, la destruction du globe et même la mort.

La lésion orbito-oculaire reste limitée au côté du foyer dentaire. Elle peut aussi atteindre le côté opposé. Le mécanisme de la bilatéralité est bien connu dans les phlébites des sinus caverneux ; mais l'inflammation peut être transmise d'une orbite à l'autre par l'ethmoïde et le sphénoïde.

L'existence des accidents sympathiques n'est nullement démontrée.

Le mécanisme de ces complications est bien connu. L'infection partie de la dent, ou de son alvéole, arrive au globe de l'œil par l'extension progressive et ascendante du foyer infectieux.

La propagation se fait par *continuité* et *contiguïté.*

Pour arriver à l'orbite, trois voies sont ouvertes : la *voie ostéopériostée*, la *voie cellulaire* et la *voie veineuse.*

Par la première, les ostéopériostites, ostéomyélites avec ou sans sinusites atteignent rapidement le plancher de l'orbite et provoquent la cellulite ou le phlegmon orbitaire.

La voie cellulaire, avec ses lymphatiques nombreux, est aussi un excellent conducteur.

La voie veineuse avec ses phlébites mortelles est plus rare. Tantôt, ce sera la voie *antérieure* : phlébites de l'ophtalmique, puis du sinus caverneux, tantôt ce sera la voie *postérieure* qui, partie du plexus ptérygoïdien, atteindra le sinus caverneux, puis la veine ophtalmique.

En dehors des lésions orbitaires graves, le microbe peut pénétrer dans l'intérieur du globe.

Cette pénétration se fait par *voie veineuse et lymphatique rétrograde.*

Les *complications à distance* peuvent se manifester dans les annexes et dans l'œil même.

Du côté des annexes, ce sont des troubles *sensitifs, moteurs, sécrétoires.*

Les troubles sensitifs se manifestent sous forme d'anesthésie, d'hyperesthésie, de névralgies, de tics douloureux.

Les troubles moteurs atteignent l'orbiculaire des paupières ; les muscles moteurs du globe, le releveur de la paupière et nous ajouterons les muscles lisses intraoculaires. Ils consistent en contractures ou paralysies.

Les troubles de la pupille et du muscle ciliaire : myosis et mydriase, spasme ou paralysie de l'accommodation sont fréquemment observés.

Les troubles sécrétoires sont caractérisés par une exagération ou une diminution de la sécrétion lacrymale.

Ils sont sous la dépendance du parasympathique crânien.

Les complications oculaires atteignent toutes les membranes du globe. On observe des conjonctivites catarrhales, folliculaires, eczémateuses, phlycténulaires, des sclérites, des kératites. Celles-ci se présentent surtout sous la forme ulcéreuse, avec troubles sensitifs. Elles semblent être d'or-

© BIU Santé

dre *trophique* et devoir être considérées comme *neuroparalytiques*.

L'apparition des formes phlycténulaires, tuberculeuses peut être influencée par les infections dentaires qui constituent une cause prédisposante qu'on devra rechercher.

Les *uvéites* sont les complications les plus communes. C'est dans cette membrane vasculaire que les germes trouvent leur milieu préféré. Elles se manifestent sous forme d'*iritis*, de *cyclite*, de *choroïdite*, d'*irido-cyclite*, d'*irido-choroïdite*, de *chorio-rétinite*, de *panophtalmie*.

Elles s'accompagnent souvent de modifications de la tension oculaire et se présentent, parfois, sous le type glaucomateux.

Par contre, les cas de glaucome aigu qui ont été publiés ne paraissent pas très probants, bien que leur apparition puisse être facilement expliquée.

Il en est de même des troubles du cristallin qui ont été attribués à l'irritation partie d'un foyer dentaire.

Après les inflammations de l'uvée, les plus fréquemment observées ont été celles du nerf optique et de la rétine.

Les *névrites* et les *névrorétinites* (névrites avec papillite) ont été souvent attribuées à l'infection dentaire, comme d'autres aux infections sphénoïdales. Beaucoup d'observations prêtent à la critique, car la névrite aiguë est susceptible de guérir spontanément et les examens bactériologiques des foyers apexiens, l'hémoculture n'ont pas été pratiqués dans la plupart des cas.

La rétine est le siège d'inflammations vasculaires : *phlébites*, *artérites* qui se traduisent par des *hémorragies*, *des oblitérations partielles* ou *totales*. Des *embolies* microbiennes ont été signalées comme début de panophtalmie.

Des décollements rétiniens ont été rarement constatés. De nouvelles observations complètes et précises seraient les bienvenues.

Les lésions oculaires que je viens d'énumérer déterminent en définitive du côté de l'appareil visuel des troubles suivants :

1° Des troubles sensitifs,
2° Des troubles moteurs,
3° Des troubles vasomoteurs,
4° Des troubles ophtalmotoniques,
5° Des troubles trophiques,
7° Des troubles sensoriels.

Les premiers sont dus à l'irritation ou à l'infection du trijumeau.

Les seconds dépendent des troubles réflexes des centres moteurs : excitation ou paralysie.

Les *autres sont tous sous l'influence du sympathique d'où émanent les vaso moteurs qui règlent le calibre des vaisseaux*.

C'est le sympathique qui tient sous sa dépendance le tonus oculaire.

Les troubles sécrétoires dépendent du parasympathique crânien. Le rôle du sympathique s'affirme, encore, dans les troubles trophiques.

Tous ces troubles à distance, à part ceux purement mécaniques, ont *pour origine une infection microbienne*.

Tantôt le foyer dentaire agit localement, en irritant et infectant les terminaisons du trijumeau et du sympathique et détermine les *troubles réflexes*. sans pénétration du germe dans l'œil.

Tantôt le germe, sorti du foyer infectieux, est transporté par la circulation dans l'œil même où il détermine des troubles plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas, on constate que la lésion oculaire siège du même côté que le foyer dentaire.

Cette *unilatéralité*, la première loi des réflexes, indique déjà le rôle important du système nerveux dans les troubles oculaires.

Les troubles réflexes, sans infection oculaire, s'expliquent facilement par l'irritation des filets du trijumeau.

La voie centripète du réflexe est constituée par lui. Les voies centrifuges peuvent affecter soit les *nerfs de la vie de relation*, soit les *nerfs de la vie organo-végétative*. Les premiers touchent les nerfs moteurs des yeux et des paupières.

Mais le rôle le plus important paraît dû à la *réaction de la vie organo-végétative* qui porte sur le *parasympathique* et le *sympathique*.

Les troubles visuels passagers peuvent s'expliquer par les modifications de la pupille, de l'accommodation et par les perturbations circulatoires qui se produisent dans le nerf optique, la rétine de la choroïde.

Les troubles vasomoteurs persistants pourront déterminer des troubles trophiques.

Souvent, ces troubles réflexes se compliquent d'infection oculaire réalisant la « focal infection ».

Comment se fait cette infection ? Une seule théorie est possible.

Les *bactéries puisées dans la pulpe ou dans l'alvéole par les lymphatiques et les veines dentaires, sont entraînées dans la circulation générale et transportées dans l'œil ou dans toute autre partie du corps thyroïde par la voie artérielle*.

Ce sont les artères ciliaires et l'artère centrale de la rétine qui les introduisent dans la coque oculaire.

L'infection oculaire est d'*origine hémosporique* ou *septicémique*. La localisation du germe dans l'œil est favorisée par le *tropisme* du microbe et par le *milieu favorable* qui résulte des perturbations réflexes du sympathique.

L'infection est la cause déterminante, la réaction sympathique est la cause prédisposante, localisatrice.

Les troubles oculaires d'origine dentaire ne paraissent pas être très fréquents.

Peut-être le seraient-ils davantage s'ils étaient recherchés d'une façon constante ; beaucoup ont dû passer inaperçus parce que de nombreux oculistes ne soupçonnent pas leur importance. Il est souhaitable, à l'avenir, que l'étiologie dentaire soit recherchée avec autant de soin que toutes les autres, en particulier pour les uvéites si nombreuses dont nous ignorons les causes, malgré les investigations les plus minutieuses.

Mais il ne suffit pas pour affirmer l'étiologie dentaire, de constater que le malade possède une bouche en mauvais état. Il faut établir non la concomitance des deux affections, mais leur relation de cause à effet.

Pour y arriver, on doit rechercher la lésion dentaire ou périapexienne, pratiquer des examens bactériologiques des foyers dentaires périorbitaires, orbitaires et même oculaires. Dans les hémosporiques, il sera nécessaire de faire des hémocultures.

Enfin, lorsque les examens radiographiques et bactériologiques n'ont pas été pratiqués, il est indispensable qu'une thérapeutique *uniquement dentaire* amène rapidement une guérison que n'avaient pu obtenir aucune de celles employées jusqu'alors. Quand les foyers infectieux ne sont pas visibles, il faut avoir recours à la *radiographie*. C'est le seul moyen de déceler tous les foyers dentaires ou périapexiens. Lui seul permet de préciser l'existence, le siège, la forme et l'étendue des lésions.

Le *traitement curatif* consiste dans l'*avulsion de la dent coupable et la désinfection du foyer alvéolaire*.

Cette extraction s'impose dans tous les cas graves, à marche rapide provenant soit d'une infection de voisinage, soit d'une hémosporie.

Quand il n'y a pas de danger immédiat, on peut essayer de *conserver l'organe en supprimant les foyers infectieux*.

Le traitement local pourra être complété par l'*autovaccination*, bien que les résultats obtenus n'aient pas encore été très démonstratifs. On pourra très utilement employer les injections intraveineuses ou intramusculaires mercurielles et arsenicales.

Le *traitement prophylactique* est de la plus haute importance. Il consistera dans une hygiène dentaire sévère, dans l'extirpation de toutes les racines, de toutes les dents découronnées, dans le traitement des dents cariées, de la pyorrhée, des abcès alvéolaires et des foyers périapexiens.

Grâce aux moyens modernes de désinfection des canaux dentaires, aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie den-

© BIU Santé

taires, il est inutile de sacrifier toutes les dents malades ; on peut arriver à les conserver.

Si la stérilisation absolue est un leurre, en pratique, on obtient des résultats durables indéniables.

L'infection périapexienne n'est pas fatale, elle peut même devenir exceptionnelle, si le dentiste accomplit aussi aseptiquement que possible tous les actes de la pulpectomie, de la désinfection et de l'oblitération.

D'ailleurs, ces résultats devront être contrôlés par la *radiographie* qui mettra en évidence l'habileté ou l'insuffisance de l'acte opératoire. Plus tard, des examens radiographiques, pratiqués de temps en temps, permettront de s'assurer du maintien de la guérison ou de l'apparition des foyers périapexiens qu'on pourra détruire par un traitement chirurgical approprié bien préférable à la roentgenthérapie et à la curiethérapie qui n'ont donné aucun résultat encourageant.

La radiographie est un moyen de diagnostic et de contrôle aussi indispensable pour le dentiste que l'ophtalmoscopie pour l'oculiste.

Je crois avoir suffisamment démontré l'importance des troubles oculaires d'origine dentaire. J'espère que tous les oculistes ne tarderont pas à étudier et à confirmer la réalité des faits que j'ai retenus.

Malheureusement, malgré les nombreux travaux parus, il y a encore beaucoup de points connus qu'il faut vérifier, beaucoup d'inconnus qu'il faut découvrir.

Des recherches précises, bien dirigées, utilisant tous les moyens que la science actuelle met entre nos mains donneront de précieux résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1924

Discussion du rapport de M. Wallich sur l'hygiène de l'enfance (*suite*). — M. ***Wallich*** donne comme conclusion à son rapport plusieurs vœux qui en expriment les tendances pratiques :

1° Tout mettre en œuvre pour empêcher la séparation de la mère et de l'enfant.

2° Reviser dans un esprit pratique les services de statistiques ;

3° Créer sous le nom de placement familial surveillé des centres d'élevage permettant de recueillir, préparer et distribuer du lait à des éleveurs groupés à proximité du centre ;

4° Là où de tels centres ne pourraient pas être établis, augmenter l'instruction et la surveillance des nourrices par tous les moyens possibles ;

5° Améliorer les centres d'élevage en commun existant déjà dans les hospices. Créer des pouponnières dans le voisinage immédiat de toutes les grandes villes de France.

M. ***Pinard*** a cessé de s'occuper de Porchefontaine parce qu'il n'a jamais pu obtenir une statistique exacte. Dans une autre pouponnière, la mortalité a été de 13,6 %. Dans la pouponnière modèle de Fontenay-sous-Bois, mortalité de 16 %.

Il repousse donc les dernières conclusions de M. Wallich, et en son nom et en celui de MM. Calmette, Léon Bernard et Marfan, il propose à l'Académie le vœu suivant :

« L'Académie de médecine émet le vœu que le Gouvernement prenne les mesures nécessaires pour empêcher l'enfant d'être séparé de sa mère pendant la première enfance, sauf en des cas où la séparation est médicalement indiquée.

MM. ***Marfan*** et Léon ***Bernard*** exposent les raisons pour lesquelles ils se rattachent à la manière de voir de M. Pinard.

M. Marcel ***Labbé*** considère que les statistiques dont il a fait état dans une précédente communication ont toute leur valeur.

M. ***Bar*** partage l'opinion de M. Pinard et insiste sur la nécessité de surveiller étroitement le fonctionnement des pouponnières.

Le vœu de M. Pinard eet renvoyé à la Commission.

Les différences évolutives des cirrhoses du foie chez l'homme et chez la femme. — MM. ***Chauffard*** et ***P. Brodin***, en analysant les observations de cirrhoses du foie recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine pendant les années 1922 et 1923, montrent combien leur évolution est différente chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, c'est l'évolution classique avec atrophie hépatique, ascite récidivante nécessitant des ponctions répétées et aboutissant lentement à la mort par cachexie.

Chez la femme, au contraire, le foie est le plus souvent hypertrophié, l'évolution se fait par poussées qui tantôt guérissent complètement, tantôt rétrocèdent momentanément déterminant de nouveaux accidents après une accalmie plus ou moins longue, tantôt se compliquent de tuberculose aiguë.

La mort survient, non par cachexie lente, mais par insuffisance hépatique.

Cette différence d'évolution paraît due à une moindre résistance du foie de la femme aux infections et aux intoxications, à l'alcoolisme en particulier.

M. ***Sergent***, comme M. Chauffard, a remarqué, dans son service, la grande fréquence des cirrhoses chez la femme. Indépendamment de l'alcoolisme, il a cru constater, au point de vue étiologique, l'influence importante de la syphilis.

M. ***Chauffard*** estime que, dans ces cas, il s'agit plutôt de cirrhoses chez des syphilitiques que de cirrhoses d'origine syphilitique.

M. Marcel ***Labbé*** a été également frappé de la plus grande fréquence des cirrhoses dans les hôpitaux. Il a cru devoir attribuer cette plus grande fréquence à l'augmentation de l'alcoolisme à Paris.

Ventilation permanente d'une crèche d'hôpital. — M. Jules ***Renault***, qui dirige une crèche d'hôpital de quatorze enfants, y a institué d'une façon permanente la ventilation, avec chauffage en hiver, rafraîchissement en été et humidification constante. Depuis l'emploi de ces mesures, il a constaté, chez ces enfants, beaucoup moins de bronchites en hiver et beaucoup moins de coups de chaleur en été et de diarrhées estivales. Antérieurement, la mortalité était de 39 p. 100, elle est même montée à 43 p. 100, depuis elle est descendue à 33 et même à 23 p. 100.

M. ***Martin*** estime que pour les enfants la ventilation est indispensable. Mais il faut aussi l'isolement individuel tel qu'il a été réalisé à l'hôpital Pasteur.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai 1924.

Sur une suppuration urinaire amicrobienne non tuberculeuse. — M. ***P. Bazy*** rapporte une observation personnelle relative à une jeune femme de 24 ans ayant présenté des phénomènes de suppuration urinaire ; de cette observation résultent les conclusions suivantes : quand une urine a pu être déclarée amicrobienne du fait d'un examen minutieux et répété, il ne faut pas se hâter de conclure à la tuberculose rénale, quelque probable au reste que soit le diagnostic ; il faut le contrôle de l'inoculation au cobaye ; or l'évolution assez lente de la tuberculose permet, sans risques pour les malades, d'attendre le résultat des inoculations.

M. Physalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1924

Septicémie gonococcique. — ***MM. Achard et Mouzon*** rappellent un cas déjà publié d'abcès périphlébitique à gonocoque, siégeant à la partie inférieure de l'avant-bras, et rapportent une observation nouvelle de septicémie gonococcique.

© BIU Santé

Une jeune femme de 20 ans, au cours d'un rhumatisme blennorragique articulaire et rebelle, fut prise d'accidents généraux avec fièvre à grandes oscillations et présence constatée du gonocoque dans le sang.

Une fausse couche de deux mois, faite en pleine septicémie, ne modifia en rien la marche de l'infection. Après échec du sérum et du vaccin antigonococcique et des injections intraveineuses d'uroformine, le cacodylate de soude fut essayé, à la dose de 0 gr. 20 dans les veines, tous les deux jours. Rapidement la température tomba et l'état général se releva.

La cure des varices par les injections intra-variqueuses de citrate de soude concentré. — *M. J. Troisier* signale que l'injection d'une solution aqueuse de citrate de soude à 100 pour 100 dans les veines variqueuses, provoque après une phase inflammatoire plus ou moins patente une sclérose progressive amenant la guérison complète des varices. L'auteur, après avoir comparé cette manière de faire avec les techniques que le prof. Sicard a préconisées, insiste sur son indolence habituelle et sur son exécution facile.

Il rappelle la toxicité quasi nulle du citrate de sodium qui jointe à son action anticoagulante permet d'assurer la cure des varices avec le minimum de risques.

Le citrate de soude en injections intraveineuses dans la thrombonévrite avec gangrène. — *MM. J. Troisier et A. Ravina* relatent l'observation d'un homme de 45 ans présentant à son arrivée à l'hôpital une vaste zone de gangrène intéressant plus du tiers du pied, liée à une thrombo-artérite oblitérante. Traité par des injections intra-veineuses quotidiennes de 6 puis de 4 grammes de citrate de soude pendant 28 jours, le malade vit rapidement sa gangrène rétrocéder puis guérir entièrement.

Les auteurs discutent la question difficile à résoudre des limites de la maladie de Buerger (thrombo-angéite non syphilitique) et insistent sur quelques-uns de ses symptômes, en particulier sur l'érythrose de déclivité, sur l'hypercholestérinémie et sur le syndrome polyglobulie, hyperviscosité et hypercoagulabilité qui légitiment *a priori* la cure par le citrate de soude. Ils précisent les règles qui leur paraissent devoir être appliquées à la cure des thrombo-artérites et insistent vivement sur l'emploi de doses répétées et suffisamment élevées de ce sel introduites par voie endoveineuse.

Cypho-spondylose traumatique. Remaniement de la cage thoracique et de son contenu. Ectopie aortique. — *MM. Gilbert et Pollet* présentent un blessé qui à la suite d'une grave chute de cheval dans sa jeunesse présenta tardivement une cypho-spondylose traumatique de la colonne cervicale. Cette lésion étant aggravée sans doute par la syphilis et la blennorragie chronique du malade fut l'occasion d'un remaniement complexe de la cage thoracique et de son contenu, en particulier de l'aorte thoracique qui est visible en presque totalité dans le champ pulmonaire gauche. Les auteurs n'ont pas trouvé d'exemple d'une ectopie aortique analogue sans médiastinite ni pleuro-pneumopathie coexistante.

De l'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine diphtérique. Recherches cliniques et sérologiques. — *MM. H. Darré, G. Loiseau et A. Lafaille* ont étudié l'application à l'immunisation antidiphtérique de l'homme de l'anatoxine de Ramond : toxine diphtérique modifiée par la chaleur et le formol, privée de son pouvoir toxique mais ayant conservé son pouvoir antigène.

Chez les sujets qui présentent une réaction de Schick négative l'anatoxine diphtérique détermine une augmentation considérable du pouvoir antitoxique du sérum qui peut s'élever jusqu'à 50 unités antitoxiques par centimètre cube.

Chez les sujets qui ont une réaction de Schick positive formation d'antitoxine beaucoup moindre mais encore très nette qui se traduit par la disparition de la réaction de Schick deux à six semaines après l'injection d'anatoxine.

L'anatoxine diphtérique injectée à l'homme à la dose de 0 cc. 5 à 1 cc. détermine une réaction locale et générale souvent nulle ou légère, rarement très marquée (chez les sujets sensibles aux protéines.)

On peut donc employer l'anatoxine de Ramond pour la vaccination antidiphtérique de l'homme, nos résultats donnant la preuve de son innocuité et de son pouvoir antigène.

Immunisation antidiphtérique chez l'enfant avec l'anatoxine diphtérique. — *MM. J. Roubinovitch, G. Loiseau et A. Lafaille* ont fait des essais de vaccination avec l'anatoxine chez les enfants arriérés et sourds-muets d'Asnières et les arriérés de Bicêtre et de la Fondation Vallée suivant le rythme suivant :

1° Réaction de Schick.

2° Vaccination des sujets réceptifs avec 0 cc.5 et 1 cc. d'anatoxine en deux injections espacées, en moyenne de 14 à 40 jours.

3° 20 jours en moyenne après chaque injection, nouvelle réaction de Schick.

4° Chez les sujets non vaccinés après la deuxième injection d'anatoxine, nous avons pratiqué une 3e injection de 1 cc. d'anatoxine.

Nous avons ainsi vacciné une série de 85 enfants à Schick positif, 36 ont reçu 0 cc. 5 d'anatoxine ; 43 ont reçu 0 cc. 5 et 1 cc., d'anatoxine ; 6 ont reçu 3 injections 0 cc. 5, 1 cc. et 1 cc. 84 sont immunisés après 6, 8 semaines soit une proportion de 98,9 %.

Au point de vue réaction, nous avons observé les faits déjà signalés par MM. Darré, Loiseau et Lafaille.

Chr. Zoller (Val-de-Grâce) apporte les résultats d'une série de vaccinations entreprises chez les adultes au moyen de l'anatoxine diphtérique de Ramond, et suivies au moyen de la réaction de Schick.

Sur 59 sujets réceptifs (Schick positif), 48 sujets ayant reçu trois inoculations successives d'anatoxine ont tous présenté après un délai de six semaines une réaction de Schick négative. Ils peuvent être considérés comme immunisés.

Onze sujets qui n'ont pu être suivis pendant six semaines présentaient après deux inoculations une réaction de Schick atténuée. Ils se trouvaient en voie d'immunisation.

Les inoculations se sont montrées inoffensives. Elles ont également été pratiquées sans incident sur 61 sujets non réceptifs (à Schick négatif).

D'après ces premiers résultats on peut espérer — dans les limites où l'on peut faire confiance à la réaction de Schick — qu'une collectivité, composée d'adultes, pourra par trois injections successives d'anatoxine être mise à l'abri de l'infection diphtérique.

Septicémie pneumococcique avec endocardite aiguë à type de rétrécissement mitral greffée sur une endocardite cicatrisée et silencieuse. — *MM. Pr. Merklen et M. Wolf.* — Il s'agit d'une femme de 24 ans, enceinte au 9e mois, qui fut atteinte dans un premier temps de bronchopneumonie double avec septicémie pneumococcique ayant entraîné l'accouchement prématuré. Après une courte phase d'apyrexie relative (4 jours), reprise des symptômes pulmonaires et apparition d'un roulement présystolique avec dédoublement du second bruit. Endocardite pneumococcique aiguë à type d'atrésie mitrale, avec hémoculture présentant en ensemencement sur milieu solide plus de 1.000 germes dans 10 ccm. de sang ; pneumocoque typique identifié par les diverses réactions biologiques comme pneumocoque du type II. A l'autopsie, lésions broncho-pulmonaires et endocardite ulcéro-végétante de la valvule mitrale, greffée sur une ancienne valvulite mitrale cicatrisée et présentant les séquelles typiques d'une atteinte antérieure. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la forme sténosante prise par l'endocardite aiguë et dans l'absence complète de signes de valvulite chronique ancienne, malgré des lésions évidentes.

Recherche sur la glycuronie. — *MM. Brulé, Destrées et Van Dooren.* — En cherchant à appliquer l'épreuve de la glycuronurie provoquée à l'étude de l'insuffisance hépatique, les auteurs ont été arrêtés par plusieurs difficultés. L'impossibilité de se procurer actuellement de l'acide glycuronique force à employer les étalons précédemment établis. Encore la teinte violette de ces échelles colorimétriques est-elle très souvent impossible à comparer avec les teintes rouges que l'on obtient fréquemment en employant les divers procédés de caractérisation de l'acide glycuronique dans les urines. On peut supprimer cette cause importante d'inexactitude en diminuant le

© BIU Santé

temps de contact avec la naphto-résorcine et en le réduisant à 3 minutes, la durée totale de l'ébullition restant la même que dans les procédés habituels. On peut même, par cette modification de technique mettre en évidence l'acide glycuronique dans des urines qui semblaient n'en point contenir. Les teintes rouges, dont la cause a été longtemps cherchée, semblent dues à une dégradation de l'acide glycuronique, dont la résistance paraît variable selon les urines.

En prolongeant l'ébullition de l'urine en milieu acide, avec ou même sans naphto-résorcine, on peut suivre cette dégradation progressive de l'acide glycuronique ; après la coloration violette, apparaît la coloration rouge, puis la décoloration. Les auteurs ont toujours vu, chez les sujets normaux, la teinte violette ou rouge rester très franche après 40 minutes et plus d'ébullition en présence de naphto-résorcine. Au contraire, chez les hépatiques, la décoloration est rapide et est déjà complète après 40 minutes.

Il semble donc intéressant, dans l'étude de l'insuffisance hépatique, de rechercher la *qualité* de l'acide glycuronique qui existe dans l'urine, et de ne pas chercher seulement à doser la *quantité* d'acide glycuronique excrétée, comme on le fait depuis les importants travaux de Roger et Chiray.

La numération des germes du sang dans les septicémies. — ***M. L. Bœz*** rappelle les inconvénients des milieux liquides pour hémoculture, qui favorisent le développement des germes de contamination souvent inévitables. Ces microbes en envahissant rapidement les milieux gênent la culture des microbes pathogènes plus délicats ; si l'interprétation des résultats de l'hémoculture est facile lorsqu'il s'agit de microbes spécifiques, elle est discutable lorsqu'il s'agit de germes pathogènes facultatifs, tels que le staphylocoque, le tétragène, le pneumobacille, etc.

La technique primitive de ***Schottmuller***, employée par ***Hamm, Joachmann*** etc., n'est utilisable qu'au lit du malade et comporte une série de manipulations susceptibles d'introduire des causes de contamination ; elle peut être considérablement simplifiée. L'hémoculture peut être pratiquée au lit du malade ou à distance du laboratoire ; dans ce cas le sang recueilli dans une ampoule contenant une solution anticoagulante de citrate de soude est immédiatement envoyée au laboratoire. Le sang citraté est ensemencé dans 100 cc. de gélose glucosée ou de gélose Martin répartie dans une boîte de Roux et préalablement fondue. Le mélange est assuré de façon à réaliser une gelose au sang. Le sang citraté, même après 12 heures donne des cultures aussi abondantes que le sang ensemencé au lit du malade. Les germes d'hémoculture fournissent des colonies nombreuses et régulièrement réparties tandis que les microbes de contamination donnent des colonies rares, superficielles au voisinage de l'orifice d'ensemencement. Cette technique permet donc de différencier aisément les germes du sang des microbes de contamination.

Fièvre typhoïde à forme hémorragique traitée par le sérum sérique de Dufour et terminée par guérison. — ***MM. Brûlé et Basch*** ont observé, chez un jeune homme, une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, qui se compliqua, au début du 3e septénaire d'un syndrome hémorragique intense, caractérisé par des hémorragies intestinales et des hématuries intenses, des épistaxis, des gingivorragies, des ecchymoses cutanées ; l'anémie était intense, l'asthénie profonde et l'état du malade semblait désespéré. La guérison survint cependant rapidement ; les hémorragies cessèrent en cinq jours après des injections répétées de sérum antihémorragique de Dufour, donc l'action favorable paraît avoir été très nette. Une injection intra-veineuse de sérum glucosé intervint peut-être aussi dans la guérison en produisant un choc atténué.

René Giroux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 3 mai 1924

La séance débute par la lecture d'une note d'***Hervé*** sur la famille Bonaparte, à propos de la mort récente du prince Roland. ***Charles C. Cumston*** expose ensuite : « Le Timon ou carte de navigation des jeunes chirurgiens navigans etc., par Maistre Henry David, Marseille 1675 ». Maître Henry offre un guide aux jeunes chirurgiens qui désirent obtenir la patente de la marine marchande. Cette intéressante communication, présentée avec humour, nous apprend que trois chapitres importants sont consacrés dans ce livre à la description de maladies communes chez les navigateurs. La blennorragie, la syphilis et le chancre mou y sont bien considérés comme trois affections distinctes, alors qu'ils sont souvent réunis dans une description d'ensemble au XVIIe siècle.

L'accouchement normal et les dystocies y sont exposés et une observation de 1666 montre comment le chirurgien doit intervenir lorsqu'une cicatrice a fermé les voies naturelles.

La peste, trop fréquente dans les ports, est aussi décrite en détail. ***Fosseyeux*** observe que le livre de maître Henry est antérieur à l'ordonnance de Seignelay datée de 1689, qui a été étudiée du point de vue médical par Haury dans un des premiers bulletins de la Société.

Delaunay nous conte la vie d'un médecin de campagne ; Esprit Gendron, contemporain de Bretonneau, et qui contribua à asseoir les notions de contagiosité et de spécificité chères à ce maître. Ses découvertes originales sur la contagion de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, sur le rôle des intermédiaires dans la propagation de cette dernière, sur les mesures prophylactiques touchant le malade et l'entourage lui font une place à part parmi les élèves et les amis de Bretonneau. Il sut conserver de bonnes relations avec ce dernier, malgré son caractère difficile. Gendron avait deux frères ; l'un d'eux contagionniste et l'autre anticontagionniste, comme l'Académie de médecine et la Science officielle de son temps. A ses devoirs professionnels, le praticien de Château-du-Loir unissait le goût des théories et des vues générales ; il poursuivit sa vie, dans cette double direction jusqu'à sa mort. Une de ses malades lui communiqua la diphtérie, soignée alors par la cautérisation des fausses membranes, elle guérit, mais son médecin mourut et sur son lit de mort il touchait encore la gorge de la patiente avec le caustique. Ce dévouement est commémoré sur le piédestal de son buste dans la mairie de Château-du-Loir qui porte l'inscription : « Mort au champ d'honneur médical ».

Le typhus sévissait dans les armées de l'ancien régime, comme dans l'Orient moderne. ***Monéry*** fait revivre, à travers les descriptions du « Page disgracié » de Tristan Lhermitte la physionomie d'une de ces épidémies. Tristan fut atteint, alors qu'il servait dans les armées de Louis XIII au siège de Montauban. Dans un premier chapitre il narre sa maladie ; dans un second, le délire phrénétique qui l'accompagne, dans un troisième, la guérison et les vers dont il paya la générosité de son hôtesse. Nous ne reprendrons pas son tableau du « pourpre », nom qui désignait en même temps la scarlatine et l'exanthème typhique. Eruption et délire ont été décrits par un excellent observateur, au fait des connaissances médicales de son temps et servi par de remarquables qualités d'écrivain. L'érudit Bernardin nous a montré l'excellence des descriptions des mœurs de la fin de la Renaissance et du XVIIe siècle dans les livres de Tristan Lhermite. C'est cette figure aux yeux graves et intelligents, aux traits bien dessinés, que nous connaissons par le frontispice des *Vers héroïques*, exemplaire hérité de Bernardin lui-même et aujourd'hui dans notre bibliothèque, que ***Monéry*** a fait revivre avec une intensité singulière.

La séance se termine par une communication de ***Bérillon*** sur la dualité et l'asymétrie faciale dans l'art : le sujet déjà étudié par l'auteur dans sa thèse inaugurale, est exposé avec une riche documentation, qui va des figures du Vinci aux masques japonais. La conclusion ouvre des aperçus sur la physiologie de chacun des hémisphères cérébraux, aperçus à propos desquels l'auteur fait des réserves prudentes.

Jean Vinchon.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 mai 1924.

L'ulcus gastro-pancréatique. — ***M. Victor Pauchet.*** — L'ulcus térébrant du pancréas est une complication banale de l'ulcus gastrique. L'opération qu'il faut pratiquer n'a rien de

© BIU Santé

spécial. C'est celle qu'on doit faire pour tout ulcère gastrique :

a) Section primitive du duodénum.

b) Libération au bistouri des deux courbures gastriques. La portion gastrique adhérant au pancréas est libérée et l'opérateur constate, d'une part, l'estomac libéré porteur d'un orifice correspondant à l'ulcus pancréatique, d'autre part le pancréas creusé peu profondément d'une cupule, dont les dimensions varient de celles dune pièce de 0,50 à celles d'une pièce de 5 fr. et qu'il suffit de badigeonner à l'iode pour rendre inoffensive.

c) L'estomac est réséqué après, ou sans, écrasement.

d) On termine l'opération par l'implantation gastro-jéjunale, comme après toute gastro-pylorectomie.

Les résultats immédiats donnent une mortalité très faible ; les résultats éloignés sont magnifiques. La disparition des troubles fonctionnels est constante, définitive.

Myomectomie sur utérus gravide. — M. *Haller* présente deux observations de myomectomie sur utérus gravide (quatrième et troisième mois). Il discute les indications de l'intervention chirurgicale, la technique de la myomectomie et les résultats obtenus.

M. *Loewy* rappelle l'utilité des greffes épiploïques après myomectomie.

M. *H. Brodier* précise les indications de la myomectomie au cours de la grossesse. Beaucoup de grossesses évoluent normalement malgré la présence de fibromes. Il a observé un cas de grossesse avec fibrome concomitant où un accoucheur diagnostiqua une grossesse gémellaire. Or, il ne s'agissait que d'une grossesse simple et l'accouchement eut lieu sans accidents.

M. *Dartigues* rappelle des cas analogues déjà publiés par lui et insiste sur l'intérêt des greffes épiploïques.

Ulcère rond de l'appendice avec entérorrhagie. — M. *Raymond Petit* rapporte un cas d'ulcère simple de l'appendice avec entérorrhagies. Il s'agit d'une jeune fille ayant présenté de la bacillose pulmonaire au premier degré, chez laquelle apparurent quatre entérorrhagies sérieuses avec douleur au point de Mac Burney, sans vomissements ni nausées. L'opération a montré un appendice plein de sang pur. Une ulcération à l'emporte-pièce répondait au bord adhérent de l'organe, à deux centimètres de son extrémité. L'examen histologique montre des lésions inflammatoires simples, sans cellules géantes. L'inoculation au cobaye est restée négative. Cette ulcération avec entérorrhagies rappelle l'ulcère simple gastrique avec hématémèses. Depuis l'opération, aucune entérorrhagie n'a été observée.

Ablation d'un cancer sigmoïdien grave. — M. *Victor Pauchet* présente un cancer diagnostiqué « entéro-colite » il y a un an. Occlusion aiguë, anus cæcal. Le cancer est déclaré inopérable, parce que adhérent. Or, il était parfaitement opérable. Sans doute, il a fallu enlever l'utérus, une rondelle de la vessie et de l'intestin grêle, mais l'opération a été faite dans de très bonnes conditions. On ne peut jamais affirmer l'inopérabilité d'un cancer de l'intestin avant d'avoir ouvert le ventre, à moins qu'il y ait des signes cliniques de métastases.

Corps étrangers latents de l'œsophage et des voies aériennes. — M. *Guisez* présente l'histoire d'une série de corps étrangers soignés dans ces dernières années et qui étaient restés latents dans l'œsophage et les bronches plus ou moins longtemps.

Un petit tube en fer inclus dans le tiers supérieur de l'œsophage avait fait croire à un mal de Pott ; un sou était resté 4 ans dans l'œsophage ; une médaille plusieurs mois dans l'œsophage d'un nourrisson sans donner lieu a aucune dysphagie, etc., etc.

Mais c'est surtout en matière de corps étrangers des voies aériennes que la latence peut être très marquée, plusieurs clous, des anches de trompette, des os, faisant croire à de la phtisie, sont restés de longs mois dans les voies aériennes avant qu'on songe à les en extraire.

Fibrome rétro-péritonéal. — M. *Thévenard* présente une volumineuse tumeur ; cliniquement tumeur sous-péritonéale et qui n'est autre qu'un fibrome d'origine utérine ayant présenté sous l'influence d'une grossesse concomitante un développement extraordinairement rapide à tel point qu'il a pu arrêter l'évolution de la grossesse par compression de l'utérus. T... conclut à la nécessité d'une surveillance étroite de l'évolution d'un fibrome chez la femme enceinte ou susceptible de le devenir, il désirerait voir élargir les indications de la myomectomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1924

Dilatation idiopathique de l'œsophage. — *M. Grégoire* fait un rapport sur une observation de MM. Hertz et Braine concernant un enfant de 13 ans qui présentait des signes de striction de l'œsophage et qui ne pouvait avaler que les liquides et avec peine.

La radiographie montrait qqe l'œsophage était élargi au-dessus du diaphragme (5 à 6 cm. de large). L'intervention qui fut faite a permis aux auteurs de constater que le cardia était normal. L'œsophage était serré dans sa traversée diaphragmatique, le muscle étant, au niveau de son orifice œsophagien, plus épais et plus haut que normalement. A ce niveau l'œsophage, bien que les parois en parussent normales, n'avait qu'un calibre d'un centimètre, alors que la portion médiastinale était au contraire dilatée. Après section du diaphragme pour élargir l'orifice, l'opération fut complétée par une œsophagoplastie.

Un mois après cette intervention, l'enfant mangeait sans peine tous les aliments.

Cette observation, dans laquelle les auteurs ont suivi la technique opératoire conseillée par M. Grégoire, montre que cette opération ne présente pas de gros risques opératoires et est préférable aux techniques précédemment employées. Il était indiqué dans ce cas d'agir sur l'œsophage pour compléter la guérison.

M. Tuffier fait observer que dans la plupart des cas il n'y a pas d'obstacle proprement œsophagien et qu'il est inutile alors d'agir sur l'œsophage.

Ch. Le Braz.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement médical de la paralysie infantile.

Comment associer, dans quel ordre grouper, dit M. Babonneix (*Gaz. des Hôpitaux*, 5-8 mai 1924), les ressources dont nous disposons pour traiter une paralysie infantile ?.

« En distinguant deux phases.

Une *aiguë*, à laquelle conviennent :

1° Certaines médications physiques : bains chauds, ponctions lombaires, au moins les premiers jours ;

2° Une médication biologique : injections intra-rachidiennes et intramusculaires de sérum antipoliomyélitique ;

3° Une hygiène convenable : repos complet au lit, en mettant les muscles malades dans la meilleure position physiologique ; surveillance attentive des téguments ; alimentation liquide : isolement du malade et de son entourage ; désinfection de tout ce qui le touche ou émane de lui ; déclaration obligatoire.

Gardez-vous, à cette période, de recourir, soit aux massages, soit à l'électrisation sous quelque forme que ce soit, et attendez, pour les employer, que la température soit tombée.

Une *chronique*, laquelle est justiciable, avant tout, des médications physiques :

1° Electrothérapie, sous trois formes principales :
Radiothérapie, à entreprendre dès la défervescence ;
Diathermie, d'application également très précoce ;
Electrisation méthodique des nerfs et des muscles.

2° Bainssalés *chauds*.

3° Massages, mobilisation et rééducation.

C'est également à cette phase qu'il convient d'entreprendre aussitôt que possible un traitement orthopédique complété plus tard, s'il y a lieu, par diverses opérations chirurgicales. »

© BIU Santé

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C. Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune
Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ÉCHANT^ON MÉDICAL Laborat^res A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS

GYNERGÈNE

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée

(C^{33} H^{35} N^5 O^5)

Principal alcaloïde isolé de l'ergot de seigle et principe actif *spécifique*. Produit pur — Action rapide et constante

Ampoules — Solution — Comprimés

SANDOZ

OPOTHÉRAPIE ET DÉSINFECTION BILIAIRES

FÉLAMINE

Sel des Acides biliaires purs

et de l'Hexaméthylène-Tétramine

Le **SEUL** agent actif, tout à la fois, de l'*OPOTHÉRAPIE* et de la *DÉSINFECTION biliaires*

Dragées dosées à 0,30 grammes

Echantillons et Littérature : **Produits SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz :- PARIS (10e)**

Dépôt général et Vente : Usine des Pharmaciens de France — 125, rue de Turenne, à Paris (3e)

R. C. Seine 212.835 B.

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0.001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES, des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. Exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine, 48283

© BIU Santé

VARIÉTÉS

A propos de Géricault

M. Léon Rosenthal a rappelé ici même d'excellente façon (*Progrès Médical*. Supplément illustré, N° 4, 1924) les aspects particulièrement intéressants, pour le médecin, de l'œuvre de Géricault.

L'exposition qui vient d'avoir lieu aura permis de voir la plupart des peintures, dessins où Géricault manifesta ses curiosités physiologiques.

Quatre études d'aliénés y figuraient : Le *fou assassin*, du Musée de Gand, dont on a pu voir la reproduction dans ce journal à propos de l'article de M. Rosenthal : la *Hyène de la Salpêtrière*, du Musée de Lyon, le *fou voleur d'enfants* et la *folie*, de la collection T. Elles font partie des dix peintures que Géricault fit, entre les années 1821 et 1824, après son retour d'Angleterre, sur la demande de son ami Georget, médecin de la Salpêtrière, pour l'illustration d'un de ses ouvrages sur la folie. A la mort de Georget, qui mourut au même âge que Géricault et, comme lui, phtisique, ces études furent achetées, les unes par le Dr Maréchal, les autres devinrent la propriété du Dr Lachèze, seules quatre de ces dernières sont connues.

Si Géricault, peintre de la folie, était particulièrement bien représenté à l'exposition de l'Hôtel Charpentier, on peut en dire autant du peintre de la forme humaine et de ses altérations. Cependant les organisateurs n'avaient pas jugé opportun de montrer les dessins anatomiques longtemps regardés comme exécutés d'après nature et qui ont été reconnus comme des copies, interprétées, transformées, de Monnet et de Giuseppe del Médico. Et même six dessins à la plume, appartenant à l'école des Beaux Arts, annoncés comme exposés n'ont figuré que sur le catalogue.

Mais si le visiteur n'a eu qu'un seul dessin ostéologique, autrefois attribué à Prudhon, pour se faire une idée de ces feuilles anatomiques que Géricault songea un moment à publier, il aura été amplement dédommagé par les dessins ou peintures d'amphithéâtre qui servirent pour la préparation du *Radeau de la Méduse* (1) : débris anatomiques, têtes

(1) On connaît l'histoire de la catastrophe maritime dont s'empara l'imagination de Géricault. La frégate la *Méduse*, accompagnée de trois autres bâtiments, quitta la France, le 18 juin 1816, portant à Saint-Louis (Sénégal) le gouverneur et les principaux employés de cette colonie. Il y avait à bord environ quatre cents hommes, marins ou passagers. Le 2 juillet, la frégate tombait sur le banc d'Arguin, et après cinq jours d'inutiles efforts pour remettre le navire à flot, un radeau fut construit, et cent quarante-neuf victimes y furent entassées, tandis que tout le reste se précipitait dans les canots. Bientôt les canots coupèrent les amarres, le radeau qu'ils devaient traîner à la remorque resta seul au milieu de l'immensité des mers. Le treizième jour de ce supplice surhumain, le brick l'*Argus* recueillit quinze mourants.

Parmi ces rescapés était Jean-Baptiste-Henri Savigny, de Rochefort, chirurgien de la marine qui, en 1818, publia ses *Observations sur les effets de la faim et de la soif éprouvés après le naufrage de la frégate du Roi la* Méduse, *en* 1816. On y voit comment ces cent cinquante hommes, abandonnés avec vingt-cinq livres de biscuits mouillés par l'eau de mer et quelques tonneaux de vin, luttèrent contre les affres de la soif et de la faim et, devenus à moitié fous, se déchirèrent entre eux. Après la première nuit, douze naufragés avaient déjà disparu. Le second jour, les survivants se mirent à boire et à se battre : il y eut 63 tués. Le quatrième jour certains commencèrent à arracher quelques lambeaux aux cadavres dont était couvert le radeau ; on essaya de manger des baudriers, des cuirs de chapeaux. Ayant pu faire un peu de feu, ceux qui avaient reculé devant la chair humaine crue, se décidèrent à manger « des viandes sacrilèges ». Le cinquième jour nouvelle

(*Voir la suite page* 432).

CESSIONS DE
CLIENTÈLES MÉDICALES
Docteur GUILLEMONAT, Licencié en droit, Directeur.
Assurance gratuite de la RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE des REMPLAÇANTS
Service gratuit de REMPLACEMENTS
CABINET GALLET (38e ANNÉE)
47, Boulevard St-Michel, PARIS. Tél. GOBELINS 24.81
R.C. Seine 244.461

ESTOMAC
DYSPEPSIES — GASTRALGIES
HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS GASTRIQUES
MAGNÉSIE BISMURÉE
(Marque Déposée)
RÉGULATEUR NORMAL DES FONCTIONS DIGESTIVES
Echantillons gratuits à Messieurs les Médecins
Préparée par :
A. W. B. SCOTT, Pharmacien-Droguiste
R. C. Seine : 113.911. 38, rue du Mont-Thabor, PARIS

R.C. Seine 64264
DERMATOTHÉRAPIE
Janvrin pharmacien
TRAITEMENT des
ECZÉMAS (secs ou suintants), PSORIASIS, SEBORRHÉIDES, GALE
SYCOSIS, IMPÉTIGO, PRURITS, INTERTRIGO
BAUME DURET
FORMULE
Soufre dissous
Camphre
Goudron, Huile de Cade, etc.
Piot, Lemoine et Royer, 117, Rue Vieille du Temple, PARIS

Avec nos plus grands endocrinologistes, prescrivez les
Produits Organothérapiques A. RICHARD,
d'activité constante et maxima, d'Odeur nulle.
Faites vous une opinion personnelle sur l'Opothérapie en discutant les thèses impartialement exposées dans le *Memento d'Organothérapie Clinique*, qui est envoyé à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au
LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e
Téléphone : Gobelins 43-39

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Aperçu de technique de radiothérapie des tumeurs profondes.

Par le Dr JOLY

Grâce aux progrès considérables des appareillages producteurs de rayons X, grâce à une étude scientifique, physique, de plus en plus poussée des radiations à courtes longueur d'onde, grâce aux travaux expérimentaux et cliniques qui s'accumulent sans cesse, la radiothérapie devient une arme de plus en plus puissante.

Les propriétés des rayons X se révèlent telles que ceux-ci menaçent le bouleverser une grande partie de la thérapeutique, après avoir apporté une contribution si précieuse au diagnostic.

Mais tout comme l'étude théorique des rayons X est excessivement ardue et n'est poursuive que par un petit nombre de physiciens spécialisés, le maniement des rayons X en clinique est extrêmement délicat, et leur application demande une technique des plus minutieuses. En matière de radiothérapie, cette question est si importante qu'un radiothérapeute (en même temps que chirurgien) éminent, pouvait dire à un récent Congrès « tout est dans la technique ».

Évidemment il faut voir dans cette formule une sorte de boutade excessive que les pionniers ou les leaders aiment à employer pour qu'une partie au moins de leur affirmation s'incruste dans l'esprit de leurs auditeurs. Cela montre en tous cas le rôle de premier plan de la technique en radiothérapie, et partant la nécessité pour le praticien qui demandera un jour ou l'autre aux rayons X leurs bienfaisants effets d'être au courant des grandes lignes de leur application. Et cela motive l'exposé un peu aride qui va suivre et qui n'est qu'une esquisse estompée de la technique du traitement par les rayons X des tumeurs profondément situées.

En faisant abstraction du côté clinique, on peut dire que trois points de vue dominent la conduite d'un traitement de radiothérapie : la qualité du rayonnement, la quantité ou la dose de rayons à donner, la répartition de cette dose dans les tissus pathologiques.

Voyons brièvement comment on détermine la qualité d'un rayonnement.

Les propriétés des rayons X varient avec leur longueur d'onde. Dans la thérapeutique du cancer — et dans la plupart des cas de tumeurs profondes — on cherche à employer les rayons ayant la plus petite longueur d'onde possible.

Les rayons de plus courte longueur d'onde correspondent aux plus hauts voltages; autrement dit, dans le spectre des rayons X, la limite des plus courtes longueurs d'onde se recule lorsqu'on augmente la différence de potentiel aux bornes du tube producteur de rayons. Une déduction pratique s'impose : il faut employer les transformateurs capables de donner de très grandes différences de potentiel aux bornes du tube. Pratiquement cette tension s'arrête à 200 ou 220.000 volts, parce qu'il n'existe pas encore de tubes résistant à des tensions supérieures.

En possession de ce faisceau de rayons donnant un spectre plus étendu vers les courtes longueurs d'ondes, il faut essayer de ne retenir que celles-ci. On y arrive en interposant entre le foyer d'émission (l'anticathode) et la région à traiter (la peau) des écrans de métal, généralement en cuivre, en zinc, en aluminium, appelés filtres, qui absorbent on peut pratiquement dire la totalité des rayons de grande et de moyenne longueur d'onde ; ils ne se laissent traverser que par les rayons de courte longueur d'onde qui seuls arrivent à la peau et finalement aux tissus profonds.

On peut avec des filtres de différentes épaisseurs et de diverses qualités, sélectionner davantage encore les radiations, et employer une moyenne de telle ou telle longueur d'orde pour traiter telle ou telle variété de tumeur : mais c'est là ce qu'on pourrait appeler un raffinement dont le bien fondé (qui tend à se démontrer) n'est pas admis par le plus grand nombre des radiologistes.

La quantité des rayons X est appréciée à l'aide d'un ionomètre, instrument qui mesure l'intensité de l'ionisation de l'air ou mieux d'un gaz rare contenu dans un petit cylindre ou une petite sphère dite chambre d'ionisation, lorsque celle-ci est placée dans un faisceau de rayons X.

Toutes les autres méthodes de mesure : biologiques, chimiques, thermiques, sont à rejeter. Malheureusement, les différents radiologistes emploient des ionomètres étalonnés de diverses façons, de sorte qu'il n'existe pas une unité de mesure de rayons X universellement reconnue et que chacun donne une notation différente pour traduire des doses semblables d'où une grande confusion et une grande difficulté pour comparer les méthodes et les résultats. Un ionomètre français vient d'apparaître qui donne ses mesures en unités C. G. S. auquel logiquement tout le monde radiologique de tous les pays doit se rallier. Quoi qu'il en soit, on peut avec les ionomètres actuellement en usage mesurer exactement les quantités des rayons X. La mesure est une opération constante et capitale en radiothérapie.

On doit d'abord mesurer, en dehors de toute irradiation thérapeutique, la composition des faisceaux d'irradiation : on appelle ainsi les cônes ou les parallélépipèdes de rayons qui, sortant du localisateur dont les bords affleurent la peau — en regard de la « porte d'entrée » — s'enfoncent dans la profondeur. Soumis aux lois du carré de la distance, de la diffusion, de l'absorption, la composition quantitative du faisceau se modifie au fur et à mesure qu'il pénètre dans les tissus. On arrive à déterminer cette composition assez exactement en se servant d'un second instrument appelé fantôme (qui peut être une simple cuve d'eau) dans lequel on fait d'innombrables mesures en tous les points, superficiels et profonds, frappés par les rayon

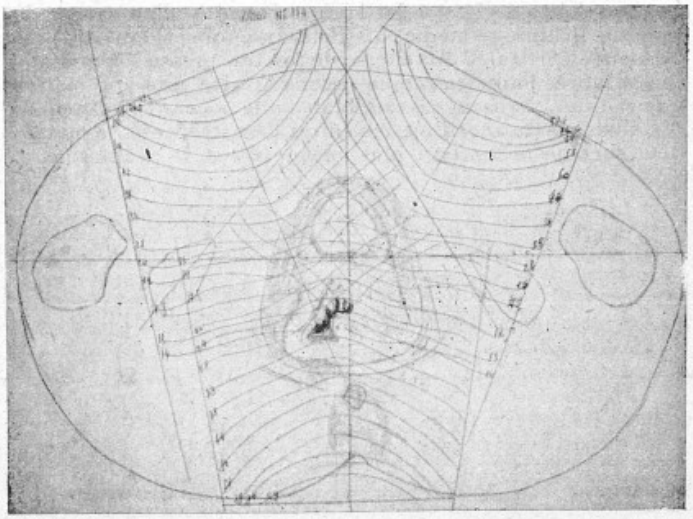


Fig. 1.

On construit ainsi des courbes, dites d'isodose, donnant une représentation exacte de la composition des différents faisceaux d'irradiation obtenus en employant des localisateurs de diverses dimensions avec des distances focales d'irradiation plus ou moins grandes.

La clef de la répartition de la dose (qui doit être égale dans tous les points de la tumeur à traiter sous peine d'insuccès certain) réside dans la connaissance, dans la possession de ces faisceaux d'irradiation. C'est grâce à eux que l'on peut dresser un schéma d'irradiation. Et il n'y a

© BIU Santé

pas de traitement correct d'une tumeur profonde sans schéma d'irradiation.

A l'aide d'une lame de plomb, on prend et on dessine le périmètre exact du malade en regard de la lésion à traiter. Les renseignements anatomiques, cliniques, radiologiques que l'on possède joints à ceux que donnent les coupes d'anatomie telles que celles de Doyen et Bouchon permettent ensuite de fixer dans ce périmètre la situation exacte de la tumeur. Il faut ensuite choisir parmi les faisceaux d'irradiation ceux qui conviennent et en chercher l'orientation pour que les entrecroisements des courbes d'isodose donnent dans toute la zone pathologique des chiffres de doses aussi égaux entre eux que possible. Il est alors facile de reporter dans l'espace, avec les données géométriques sous les yeux, la réalisation du schéma d'irradiation ainsi formé.

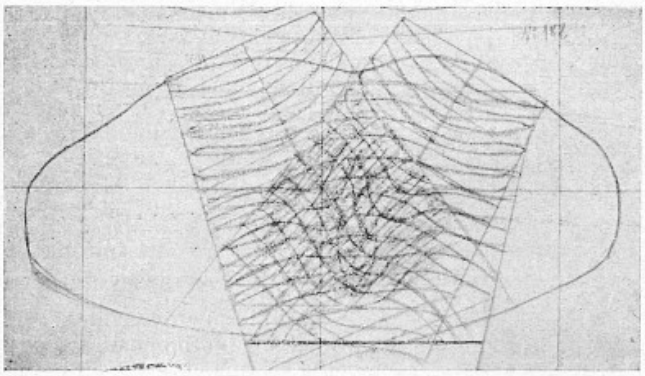


Fig. 2.

Voici quelques exemples qui feront peut-être mieux comprendre à quelle précision indispensable on doit arriver pour conduire un traitement de radiothérapie.

Le schéma n° I est relatif au traitement d'un cancer du rectum (Clinique médic. La Fontaine, observ. n° 154) ; la dose a été calculée de telle sorte qu'on puisse immédiatement après l'application de rayons X faire une application de radium. Dans un cas semblable une méconnaissance de la dose exacte aurait eu des suites désastreuses. Le malade est sorti ne présentant plus aucune trace de néoplasme.

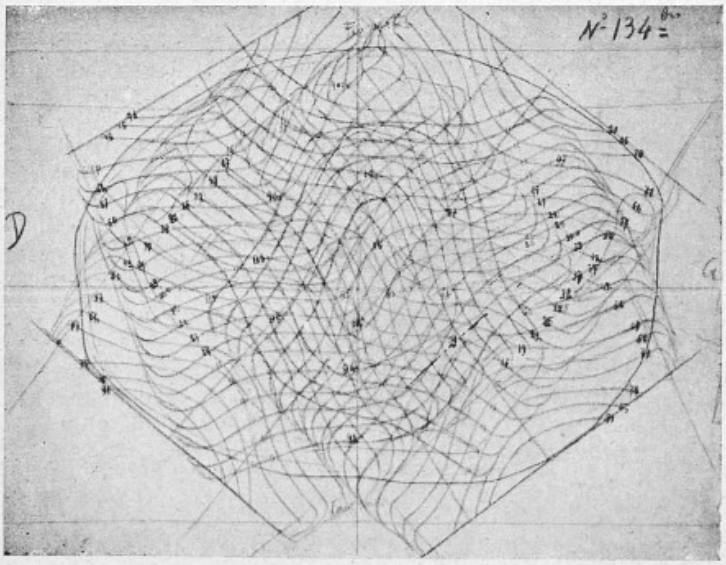


Fig. 3.

Le schéma n° 2 à trait à la radiothérapie d'une récidive de cancer de l'utérus (Clinique médic. La Fontaine obser. n° 182). La bonne distribution de la dose a permis d'obtenir un excellent résultat sans aucun incident ni du côté de la vessie ni du côté du rectum.

Le schéma n° 3 a trait également au traitement d'une récidive très douloureuse du cancer de l'utérus (Clinique méd. La Foniaine, observ. n° 134). L'étendue de la tumeur étant beaucoup plus grande que dans le cas précédent, on voit que les faisceaux choisis se sont agrandis et que les portes d'entrée sont plus nombreuses. On a ainsi obtenu la fonte de la tumeur et la disparition des douleurs sans accidents vésicaux ni rectaux.

On voit par ces quelques exemples combien toute l'attention du radiologiste est tournée vers la préoccupation de répartir sa dose également dans toute la zone pathologique. On fait mieux encore en complétant cette homogénéisation dans l'espace par l'homogénéisation dans le temps c'est-à-dire en donnant au cours d'un traitement de mêmes fractions de la dose totale dans une même séance sur toutes les portes d'entrée désignées par le schéma d'irradiation.

Du soin apporté dans la technique de la radiothérapie dépendent les succès de cette méthode qui, bien maniée, donne toujours des résultats dignes d'intérêt.

CLINIQUE UROLOGIQUE

La prostatectomie en deux temps

D'après une leçon du Professeur LEGUEU. (1)

La prostatectomie en deux temps, c'est une manière de diminuer incontestablement, d'une façon éclatante, la gravité d'une opération qui, étant données les conditions d'âge et de santé dans lesquelles elle est généralement pratiquée, reste toujours ou très grave, ou assez grave, mais qui se modifie et se modifiera, parce que les questions de gravité ne sont jamais sans appel et qu'elles sont réductibles progressivement ; l'essentiel pour une opération est de donner un résultat parfait. C'est le cas de la prostatectomie, et c'est pourquoi nous avons, dans certaines circonstances particulièrement difficiles, à bénéficier de ce que j'appelle la *prostatectomie en deux temps*. Je vais essayer de vous montrer pourquoi cette opération est heureuse, pourquoi elle est à conserver, et à cet égard nous aurons à rappeler un certain nombre de notions adjacentes qui compléteront l'histoire de la prostatectomie.

Qu'est-ce qu'une prostatectomie en deux temps ? C'est une prostatectomie dans laquelle on pratique un premier temps, qui est une *cystostomie* et plus tard un second temps, que j'appellerai la prostatectomie proprement dite. Est-ce là un procédé spécial dans l'histoire de la chirurgie ? N'y a-t-il pas des procédés semblables ? Vous en trouverez partout : vous verrez l'anus contre nature, comme opération préalable à l'ablation d'un cancer du rectum. Vous verrez la gastro-entérostomie préliminaire avant l'ablation d'un cancer du pylore. Vous verrez même des opérations de cataractes en deux temps. En réalité, dans beaucoup de territoires chirurgicaux, nous avons ainsi à bénéficier dans certains cas d'une division d'une opération trop grave dans sa longueur, dans sa technique, dans les conditions où elle est appliquée.

Le premier temps consiste dans une *cystostomie*, je ne

(1) Leçon faite à l'Hôpital Necker, le 13 février 1924.

© BIU Santé

dis pas une *cystotomie* ; nous allons aboucher la muqueuse de la vessie à la peau de la paroi abdominale. Et, premièrement. nous allons pratiquer une cystostomie *haute*, c'est à dire que l'opérateur aura soin de pas faire la cystostomie juste au-dessus du pubis : précaution indispensable, pour deux raisons. La première, c'est que si l'on pratique la cystostomie juste au-dessus du pubis, l'on aura très facilement, ultérieurement, une altération du pubis, une ostéite, peut-être une fistule osseuse, qu'il sera très difficile de guérir. La deuxième raison, c'est que, dans l'orifice même que l'on va créer, il se développe quelquefois du tissu osseux, il se produit un véritable anneau osseux, complet ou incomplet de l'orifice de la cystostomie. Cette ossification n'existe pas seulement lorsque la cystostomie a été faite immédiatement au-dessus du pubis, je l'ai trouvée même à la suite d'opérations que j'avais pratiquées moi-même à distance de la symphyse, mais nul doute que cette complication, cet ostéome du vieillard analogue aux ostéomes que l'on voit se développer au niveau du muscle brachial antérieur chez les jeunes gens, n'ait encore plus de chances de survenir lorsque l'ouverture vésicale est toute voisine de la symphyse pubienne : je pense que plus on se rapproche des zones périostiques et osseuses, plus on favorise cette transformation osseuse. C'est d'ailleurs une complication sans grande importance, mais je tenais à la signaler.

La deuxième raison pour laquelle je demande que la cystostomie soit pratiquée à un ou deux travers de doigts au-dessus du pubis, c'est que, lorsque, quelques semaines plus tard, vous aurez à dilater cet orifice pour entrer dans la vessie et aller chercher dans la région profonde l'adénome, vous serez obligé de l'ouvrir soit en haut soit en bas, car sur les côtés, à droite ou à gauche, vous rencontreriez les muscles et exposeriez le malade à présenter plus tard une grosse éventration qui tarerait son individu d'une conséquence terrible, suite opératoire déplorable. Il faut donc atteindre le moins possible les muscles droits et gauches, qui sont les soutiens importants de la solidité de la paroi abdominale. Vous ne pouvez dilater l'orifice qu'en haut ou en bas. En haut, il y a le péritoine. Chez un patient soumis à l'anesthésie locale, il faut s'efforcer de ne pas ouvrir le péritoine, parce qu'il faudrait le refermer, et cette opération délicate demande un certain temps. Le mieux est de renoncer à l'intervention par la partie supérieure.

Cette cystostomie préliminaire, premier temps de la prostatectemie, doit donc être *haute*. Naturellement, elle ne doit pas être faite à la hauteur de l'ombilic, parce l'on serait beaucoup trop éloigné de la prostate, mais elle doit être située à un bon travers de doigt au-dessus du pubis, pour les raisons susdites.

Cette cystostomie doit être *définitive* ; elle ne le sera pas en réalité, mais au point de vue technique elle doit être pratiquée comme une cystostomie définitive, c'est-à-dire que la muqueuse et la paroi vésicale avec tout son tissu vont être abordés à la peau et non pas à la musculature pariétale. Il y a des cas dans lesquelles on peut être appelé à faire des cystostomies temporaires, et où l'on suture la vessie simplement aux muscles. Ici, il faut qu'il existe une continuité ininterrompue de la muqueuse vésicale à la peau de l'abdomen. C'est là ce que j'appelle une cystostomie définitive ; celle-ci est installée comme si le patient devait la conserver pendant des mois. C'est du reste de la même façon que sont réalisés l'anus contre nature, la gastro-entérostomie, l'entérostomie, la colostomie. Dans cet orifice, un tube entrera à frottement et permettra à la fois l'écoulement des urines, le maintien de l'orifice et la désinfection. Lorsque plus tard nous aurons à réaliser le deuxième temps, c'est-à-dire l'ablation de la prostate, elle s'exécutera à travers cet orifice élargi avec des ciseaux.

De plus, il ne faut pas croire que cette cystostomie définitive, que nous avons faite dans un premier temps, guérira du jour où nous aurons enlevé l'adénome, si nous ne séparons la paroi vésicale de la peau et de la musculature pariétale : il faut que la vessie soit libérée pour pouvoir rentrer dans sa profondeur, suturée ou pas. Le deuxième temps de la prostatectomie comporte donc nécessairement la libération de la cystostomie. Généralement, dans les cas simples, ordinaires, on y arrive : d'abord, on libère l'orifice, en pratiquant l'excision des ostéomes, s'il y en a, puis la vessie est enfoncée dans sa profondeur, et l'on reconstitue la loge prévésicale. C'est le temps fondamental et nécessaire.

Mais on sera quelquefois obligé de prendre une autre mesure. Il y a des malades dont l'état général est si défectueux qu'il est sage, dans ce deuxième temps qui consiste dans l'ablation de l'adénome, de ne pas effectuer immédiatement ce décollement de la paroi qui constitue l'une des conditions de la réparation, de façon à ne pas créer des sources d'absorption très multiples et graves, des sources d'hémorragie, et en somme dans la gravité de ce second temps de la prostatectomie, la libération de la cystostomie constitue un gros élément, si bien que dans les cas défavorables il faut pratiquer la prostatectomie *en trois temps* : on pratique dans le deuxième temps, l'ablation de l'adénome à travers cet orifice de la cystostomie, sans y toucher, cette ouverture étant juste assez grande pour mettre les doigts à l'intérieur de la vessie et permettre l'ablation du lobe, puis, après trois semaines, l'on pratique le troisième temps, consistant dans la fermeture de l'orifice. La prostatectomie en deux temps devient une prostatectomie en trois temps dans les cas où l'opération se présente dans des conditions difficiles, c'est-à-dire graves pour le malade.

Voyons maintenant quels sont les avantages de la méthode en deux temps pour certains cas.

Cette division de l'opération diminue sa gravité. Si la prostatectomie a une gravité x ; en faisant d'abord une cystostomie et l'ablation de la prostate quelques semaines ou mois après, on a une gravité primitive de $x - y$, et, la deuxième fois, de $y - x$.

D'abord, avec cette cystostomie préalable, on évite l'ouverture des zones prévésicales, l'envahissement du tissu cellulaire pelvien par les urines, la résorption, l'infection, l'intoxication, et c'est cela qui fait en grande partie la gravité de l'opération. De plus, lorsque le malade a mal supporté son premier choc de la cystostomie, la question ne se pose plus pour le deuxième temps, si bien que l'un des bénéfices, pour ainsi dire, de la prostatectomie en deux temps, c'est de verser définitivement à la cystostomie les malades qui auraient succombé à la prostatectomie. Mais, pour ceux qui ont résisté, il y a incontestablement là une diminution de la gravité de la prostatectomie. L'une des raisons, c'est qu'il y a une *moindre infection* par des urines qu'aucun lavage n'a pu modifier.

En second lieu, il y a *moins d'azotémie*, et c'est l'azotémie qui est la grande cause de mortalité chez nos malades. Les hémorragies sont supprimées, les bronchopneumonies ne se voient plus avec l'anesthésie locale, ou très exceptionnellement. Les embolies sont très rares. Mais l'azotémie persiste. Voici un sujet qui vient ici avec une azotémie de 97,4 presque 1 gramme. Evidemment une pros-

© BIU Santé

tatectomie est contre-indiquée. On pourrait lui pratiquer des sondages ; mais il est bien plus avantageux de lui pratiquer une cystostomie, à la suite de laquelle, après la réaction habituelle qui fait monter temporairement l'azotémie à 1 gr. 10, cette azotémie descend, à partir du troisième jour, à 0,95, à 0,75 au dixième jour, à 0,55 au bout de trois semaines. La constante = 0,080. Le drainage du premier temps améliore donc l'azotémie au point que l'on peut songer à pratiquer une prostatectomie que l'on n'aurait pas pu faire sans danger au début.

En troisième lieu, l'adénome diminue de volume, si bien que certains chirurgiens ont même proclamé la disparition de l'adénome par la simple cystostomie. En réalité, cette interprétation est erronée : l'adénome est une tumeur fibro-adénomateuse et musculaire irréductible, mais, comme je m'en suis assuré par des mensurations très nombreuses, elle est susceptible de diminuer de volume par suite de la diminution de sa partie liquide, aqueuse et des matières volatilisables ou résorbables, qui atteignent, dans des tumeurs du poids de 70 gr. à 200 gr., jusqu'à 58 % et 84 %.

Il y a également, sous l'influence de la cystostomie, une amélioration de l'état général, une diminution des accès fébriles, un retour à la santé très rapide. Il y a toujours un grand avantage à attendre que cette amélioration générale soit consolidée, et pour cela il faut *des semaines et des mois*. Si un malade est capable de supporter le second temps après 15 jours seulement, c'est qu'il aurait pu supporter probablement l'opération en un temps. Il faut attendre 2, 3, 4 ou 5 mois. Plus on attend, plus les conditions seront favorables. Le port de l'appareil, du reste, n'empêche pas les malades d'aller et venir, de s'occuper de leurs affaires, ils ne sont pas immobilisés pendant cette période intermédiaire. Le seul inconvénient — mais ce n'est pas fréquent — est l'infection de l'adénome : cela peut arriver quelquefois, bien que le tube hypogastrique dans la cystostomie ait pour effet ordinaire de diminuer l'infection, mais en médecine il arrive que le même moyen est capable de donner des résultats opposés : la sonde à demeure, par exemple, peut empêcher ou causer l'infection.

Je connais deux exemples où la cystostomie a été l'origine d'une cellulite pelvienne fatale, ayant son point de départ dans l'infection de l'adénome. Mais c'est très rare néanmoins.

J'arrive à la question des *indications* de la prostatectomie en deux temps ou des contre-indications de l'opération en un seul temps.

Si l'on a affaire à un sujet dont l'état est vraiment trop grave pour permettre de songer à la possibilité de réaliser à une époque ultérieure le second temps de la prostatectomie, il ne faut pas lui pratiquer le premier temps, car il serait inconsolable de cette cystostomie et vous harcèlerait de ses reproches. Il ne faut pratiquer ce premier temps que lorsqu'on a l'espoir de faire, dans trois à six mois, l'ablation de l'adénome. Dans ce cas, sur quels éléments se basera-t-on pour décider que l'opération doit être faite en deux temps ?

Il faut tenir compte tout d'abord de l'*âge* du malade, toutes réserves faites sur la « qualité » de son âge, car l'on sait qu'il y a des âges différents dans les mêmes conditions de nombre d'années. A partir de 70 ans, on doit être assez réservé, et quand les sujets ne présentent pas un état de jeunesse éclatante, faire la prostatectomie en deux temps.

Ensuite, il y a à tenir compte de l'*infection*. S'il y a une infection générale partie de l'adénome et de la vessie, se traduisant par de la fièvre, la prostatectomie en un seul temps est contre-indiquée, sous peine d'accidents graves.

Les gens atteints d'une grosse *pyurie* doivent être désinfectés et par conséquent chez eux il est indiqué de faire d'abord une cystostomie.

Les *distendus* avec rétention complète ou incomplète, qui urinent par regorgement, qui portent un urinal, qui ont aussi presque toujours une sorte de distension des reins qui ne peuvent s'évacuer dans la vessie, parce qu'il y a une trop grande pression, sont opérés en deux temps, le premier étant destiné à diminuer l'azotémie.

La fausse route causée par un cathétérisme malencontreux au cours d'une rétention aiguë, serait pour beaucoup de chirurgiens une indication à une prostatectomie d'urgence. Mais une prostatectomie d'urgence n'est pas à recommander chez des sujets non préparés, non connus, dont on ne connaît ni l'azotémie, ni la résistance. Deux ou trois cas, publiés dans la presse médicale, ont été suivis de désastre. C'est extrêmement dangereux. La sécurité en cette circonstance consiste à pratiquer une cystostomie, si l'on ne peut passer et s'il y a une fausse-route.

Les rétentionnistes chroniques, qui sont atteints d'azotémie, ne doivent pas subir la prostatectomie d'urgence. Il faut se baser sur l'azotémie et la constante ; on s'abstiendra si un sujet présente, par exemple, 0,49 d'azotémie et une constante de 0,150, on s'abstiendra chez un malade cachectique, ayant de mauvais tissus, un mauvais cœur, un mauvais foie, une médiocre constante. Dans ces cas il sera toujours prudent de recourir à la méthode en deux temps.

La prostatectomie en deux temps est une arme excellente, qui permet de conserver pour certains individus un bénéfice opératoire considérable, quand on tient compte des indications, des analyses, des mensurations, et aussi un peu de ce sens clinique qui a toujours sa grosse importance. (*Leçon recueillie par le Dr* LAPORTE.)

ACTUALITÉS

Thomas Sydenham [1]

(1624-1689)

par M. le Professeur **CHAUFFARD**.

Il y a trois siècles, le 10 septembre 1624, naissait en Angleterre un enfant qui devait devenir une gloire éminente de son pays, un des plus illustres médecins de son époque. L'Académie de Médecine, fidèle à ses traditions, n'a pas voulu laisser passer cette anniversaire sans le commémorer, et elle tient à apporter son juste hommage de souvenir et d'admiration à Thomas Sydenham, à celui qui mérite d'être appelé le fondateur de la clinique moderne.

Je voudrais rappeler d'abord ce qu'a été la vie de Thomas Sydenham, pour étudier ensuite le vaste ensemble de son œuvre médicale.

Thomas Sydenham naquit à Wynford Eagle (2), dans une vieille demeure où depuis longtemps vivait sa famille, petite maison grise, pittoresque, toute vêtue de lierre, et dont le pignon central portait un aigle de pierre qui rappelait les armoiries des Sydenham. Il appartenait à une ancienne fa-

(1) Discours prononcé le 21 mai, à l'Académie de Médecine, pour la commémoration du IIIe centenaire de la naissance de Sydenham.

(2) J'ai mis à large contribution, pour la partie biographique, deux excellentes monographies, par L. Picard, *Thomas Sydenham, sa vie et ses œuvres*, Thèse de Paris, 1839, et J. F. Payne, *Thomas Sydenham* Londres 1900.

© BIU Santé

mille de gentilshommes qui avait compté nombre de chevaliers, de membres du Parlement, de shérifs et autres dignitaires du Comté.

A l'époque si troublée de la jeunesse de Thomas Sydenham, son père avait embrassé la cause du Parlement et fut capitaine dans l'armée parlementaire. Ses frères aussi étaient des Puritains : l'aîné, William, fut colonel, ami et conseiller de Cromwell ; un autre de ses frères, Francis, fut également un officier énergique de l'armée puritaine. Elevé dans ce milieu de *Têtes rondes*, suivant l'expression du temps, Sydenham devait toujours rester fidèle à cette tradition de famille.

A dix-huit ans, il est envoyé à Oxford, mais ses études devaient être profondément troublées par les discordes politiques.

Oxford, au cours de la première guerre civile, se déclare pour le roi Charles 1er, et Sydenham est obligé de le quitter au bout de deux à trois mois, pendant l'été 1642 ; nous le retrouvons en 1644 dans l'armée parlementaire. En 1646, la première guerre civile était close, et Sydenham retourne à son Université d'Oxford pour y reprendre ses études. Mais son avenir était encore incertain, et ce jeune homme de dix-huit ans n'avait pas fait choix de sa direction de vie. C'est alors, ainsi qu'il l'écrivit plus tard à son ami Jean Mapletoft, qu'il fit une rencontre qui devait décider de tout son avenir. « Venant à Londres dit-il, dans le dessein de retourner une seconde fois à Oxford où les malheurs de la première guerre civile m'empêchaient depuis quelques années de me rendre, je rencontrai heureusement le célèbre médecin M. Thomas Coxe dans le temps qu'il avait soin de mon frère qui était alors malade. Cet habile homme, qui pratiquait la médecine avec une réputation extraordinaire, et qui joignait une grande probité à beaucoup de politesse, me demanda agréablement à quoi je me destinais, puisque j'allais reprendre mes études, et que j'étais en âge de me déterminer. Comme il me vit indécis, il m'exhorta à prendre le parti de la médecine, et quoique je n'eusse jamais eu la moindre pensée d'embrasser cette profession ses exhortations firent tant d'impression sur mon esprit que je m'y déterminai entièrement. C'est pourquoi, si mon ouvrage est jamais de quelque utilité au public, on en aura l'obligation à ce grand homme, dont les conseils m'ont engagé dans l'étude de la médecine. »

Voilà donc Thomas Sydenham de retour à Oxford, probablement en 1646, d'abord au collège de Magdalen, puis à Wadham, et il reçoit le grade de bachelier en médecine le 16 avril 1648. La même année, grâce probablement à l'influence de son frère le colonel, il est nommé fellow au collège de All Souls'. Il avait sans doute un peu oublié son latin, la langue scientifique d'alors, et nous le voyons se remettre à lire Cicéron, pour le traduire d'abord en anglais puis le retraduire en latin, et comparer ce véritable thème au texte original.

Mais ce cours régulier d'études est bientôt interrompu par la seconde guerre civile, commencée en 1650 lors du débarquement de Charles II en Ecosse, et en 1653 le bachelier en médecine est devenu le capitaine Thomas Sydenham. Quand se termina ce nouvel épisode de sa vie militaire, à quelle époque Sydenham revint-il à Oxford ? Nous l'ignorons, et savons seulement qu'en 1655 il renonce à sa place de fellow à All Souls', qui exigeait le célibat ; il se marie, et commence dès lors sa vie médicale, s'installant en 1656 dans le quartier de Westminster, où sa première cliente paraît avoir été une femme hydropique dont il rapporte l'histoire dans son *Traité de l'Hydropisie*. Il était, du reste, dans des conditions peu légales de pratique, n'étant pas licencié en médecine, mais en ces temps troublés il n'était pas seul dans ce cas, et bien des cours d'études étaient restés incomplets.

C'est vers cette époque, et probablement en 1659, que se place un épisode de la vie de Sydenham particulièrement intéressant pour nous, son voyage à Montpellier. Bien que la chose ne soit pas absolument prouvée, il semble bien, d'après les témoignages contemporains, que Sydenham traversa la France pour se rendre à la célèbre Faculté de Montpellier, où il connut et suivit un médecin alors très renommé, Barbeyrac, dont Locke, l'ami de Sydenham, disait qu'il n'avait jamais vu deux hommes aussi semblables d'opinions et de caractères que Sydenham et Barbeyrac, Barbeyrac était avant tout un clinicien, peu faiseur de théories, et préconisant les méthodes thérapeutiques les plus simples. C'était un fervent des doctrines hippocratiques fidèlement conservées à Montpellier, alors que l'Ecole de Paris se laissait égarer par l'humorisme chimérique de Galien.

En mai 1660, une nouvelle révolution politique change les destinées de l'Angleterre, par la restauration de Charles II ; mais un bill d'amnistie, est proclamé, couvrant tous ceux qui avaient suivi la fortune de Cromwell.

En 1661, Sydenham reprend sa pratique médicale à Londres, et, le 25 juin 1663, il obtient du Collège royal des médecins la licence de pratique, après avoir subi les trois examens réglementaires. Il n'arriva jamais au grade plus élevé de fellow, d'autant qu'il ne prit son grade de docteur qu'en 1676 à Cambridge, à l'âge de cinquante-deux ans et vingt-huit ans après son grade de bachelier. Heureusement que pour produire sa grande œuvre scientifique il n'avait pas attendu son dernier diplôme !

En 1664, débute la grande épidémie de peste de Londres, et pendant l'été de 1665 elle devient effroyable, tuant plus de 7.000 personnes par semaine, et causant plus de 68.000 décès enregistrés. Tous ceux qui le pouvaient s'enfuirent de ce charnier qu'était devenu Londres, et Sydenham fut du nombre, acte certainement regrettable, peu digne de la haute valeur morale de ce grand médecin, la seule tache de sa noble vie médicale.

C'est pendant cette période de retraite passagère que Sydenham a écrit le premier en date de ses ouvrages, un de ceux auxquels il attachait le plus de prix, la *Methodus curandi febres*, dédiée à un des grands savants anglais, Robert Boyle. Sydenham a publié quatre éditions successives de cet ouvrage, la dernière en 1685, et chaque fois l'œuvre était reprise, remaniée et accrue. Dans ce livre si personnel pas de citations d'auteurs, aucun fardeau d'érudition, rien que des faits cliniques ; tout est ramené au malade. aux épidémies qu'il a observées à Londres de 1661 à 1675. Une grande part est faite aux conditions climatériques, aux saisons, à l'évolution des épidémies. « De même, dit-il, qu'un cas de maladie épidémique a ses propres périodes d'augment, de crise et de déclin, de même il en est pour la constitution épidémique générale qui détermine les cas particuliers. » C'est là la pure tradition hippocratique, la doctrine des *constitutions médicales*, et les plus âgés d'entre nous n'ont pas perdu le souvenir des Rapports si étudiés qu'Ernest Besnier présentait à la Société médicale des Hôpitaux sur les *maladies régnantes*. Nous-mêmes n'arrivons-nous pas à des interprétations fort analogues quand, par la bactériologie, nous voyons se modifier les conditions de virulence de certains germes, des types différents apparaître ou prédominer, par exemple dans les groupes complexes des pneumocoques, des méningocoques, des bacilles typho-paratyphiques ?

Qu'étaient ces fièvres graves qu'observait Sydenham ? Probablement des cas de fièvre typhoïde, de typhus, de paludisme, toutes maladies qui sévissaient dans ce milieu effroyablement infectieux qu'était alors la ville de Londres, dont l'assainissement ne commença qu'après le terrible incendie de 1666 qui en cinq jours détruisit une grande partie de la ville.

A ces fièvres endémo-épidémiques ajoutons la variole pour laquelle, nous le verrons, la description de Sydenham reste classique.

Sydenham admettait pour les fièvres une période de *fermentation* de quatorze jours, et l'on sait que le typhus exanthématique a été quelquefois appelé la *fièvre de quatorze jours*,

Ainsi, d'après lui, se déroule le tableau toujours changeant des épidémies, avec leurs périodes de mutabilité, d'extinction progressive, de revivescence.

© BIU Santé

Voilà le début de l'œuvre écrite de Sydenham, qui, d'année en année, va grandir et s'étendre.

En 1683, ce sont les *Epistolæ responsariæ duæ*, adressées l'une à Robert Brady sur les fièvres, et en particulier sur les fièvres paludéennes et leur traitement par le quinquina, l'autre à Henri Paman sur l'histoire et le traitement du mal vénérien.

En 1682, répondant à Cole, de Worcester, Sydenham donne sa fameuse description de l'hystérie sur laquelle nous reviendrons et indique un pourcentage bien curieux des maladies de son époque ; les fièvres, dit-il, nous dirions aujourd'hui les infections aiguës, comprennent les deux tiers des cas de maladies, les chroniques un tiers, et de ce tiers une moitié revient à l'hystérie. Quelle différence avec notre morbidité actuelle, où les infections aiguës sont de plus en plus rares, les états chroniques très fréquents, et où l'hystérie n'a plus guère que la place qu'on veut bien lui préparer !

En 1683, paraît le plus célèbre peut-être des travaux de Sydenham, son mémoire sur la goutte et celui sur l'hydropisie, avec en épigraphe l'admirable aphorisme de Bacon : « *Non fingendum aut excogitandum, sed inveniendum quid natura faciat aut ferat* ». Il ne faut pas faire œuvre d'imagination ou de raisonnement, mais découvrir ce que sont les opérations de la nature.

Cette méfiance de tout ce qui n'est qu'imagination ou raisonnement, cet appel constant à l'observation directe des faits, c'est bien là le fond de la pensée médicale de Sydenham, l'idée directrice qui a guidé toute son œuvre clinique.

En 1686 paraît la *Schedula monitoria de novæ febris ingressu*, écrit assez vague et où l'on voit mal à quelle espèce morbide s'applique la description de Sydenham, mais c'est dans cet ouvrage qu'il donne incidemment la première description de cette variété de danse de Saint Guy, bien différente des épidémies saltatoires et choréiformes du moyen âge et qui, depuis, a conservé le nom de *chorée de Sydenham*. Dans sa brièveté, la description est parfaite et fait tableau : « La danse de Saint-Guy, dit-il, en latin *chorea sancti viti*, est une sorte de convulsion qui arrive principalement aux enfants de l'un et l'autre sexe, depuis l'âge de dix ans jusqu'à l'âge de la puberté. Elle commence d'abord par une espèce de boitement ou plutôt de faiblesse d'une jambe que le malade traîne comme font les insensés. Ensuite, elle attaque le bras du même côté. Ce bras étant appliqué sur la poitrine ou ailleurs, le malade ne saurait le retenir un moment dans la même situation, et, quelque effort qu'il fasse pour en venir à bout, la distorsion convulsive de cette partie la fait continuellement changer de place ; avant que le malade puisse porter à sa bouche le verre plein de liquide, il fait mille gestes et mille contours. Ne pouvant l'y porter en droite ligne parce que sa main est écartée par la convulsion, il le tourne de côté et d'autre jusqu'à ce que ses lèvres se trouvant à la portée du verre, il sable promptement sa boisson et l'avale tout d'un trait. On dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les assistants. » Quelle vérité et quelle vie dans cette description, et que de souvenirs cliniques elle évoque pour tout médecin !

Ce dernier ouvrage est, pour ainsi dire, le testament médical de Sydenham, et, en le terminant, à la date qu'il indique lui-même, du 29 septembre 1686, il déclare avoir fait connaître à peu près tout ce qu'il sait sur le traitement des maladies.

N'est-il pas touchant de voir ce grand observateur reconnaître et déclarer lui-même qu'il a atteint les limites de sa science, et entrer ainsi dans le silence et la sérénité de l'homme qui, après un long travail, considère sa tâche comme achevée ?

Dès lors, Sydenham abandonne la pratique médicale, et se retire dans sa famille pour y vivre ses dernières années. Sa santé était depuis longtemps très précaire, minée par deux ennemis acharnés, la goutte et la gravelle. Dès sa trentième année, il était un grand goutteux, et son admirable description de la goutte articulaire est vraiment une autobiographie. Plus tard, il fut atteint d'un calcul rénal, avec hématuries répétées, et, là encore, le médecin mit à profit les souffrances du malade pour décrire avec une exactitude saisissante les symptômes de la pierre rénale et en étudier le traitement.

Enfin, le 29 décembre 1689, Sydenham s'éteignait dans sa maison de Pall Mall.

Ainsi vécut Sydenham, d'une vie troublée à ses débuts par les discordes civiles de son temps, mais qui ensuite fut la vie la plus calme, la plus droite, toute de désintéressement et de dévouement, toute de travail. Sydenham ne rechercha ni les honneurs, ni les emplois publics, ni les charges professorales et l'enseignement oral. Il n'eut même pas de service d'hôpital, et ne connut d'autre ambition que de bien examiner ses malades, de les soigner de son mieux, et de porter à la connaissance du grand public médical le résultat de ses observations. Il fut vraiment praticien, et un essayiste anglais, le Dr John Brown, l'appelle « le prince des praticiens, dont le caractère est aussi beau et aussi purement anglais que le nom. »

Cette œuvre écrite, qui résume tout l'effort de la vie de Sydenham, je voudrais maintenant en évoquer les principaux traits et, en la relisant, je n'ai pu me défendre de quelque émotion, car l'exemplaire dont je me suis servi a appartenu successivement à mon grand-père et à mon père, et porte encore, le long de ses marges, leurs annotations (1) Ainsi les générations se succèdent, et les dernières venues s'efforcent de suivre la trace de celles qui les ont précédées dans le culte des sciences médicales.

Pour juger l'œuvre d'un médecin, que faut-il lui demander ? Trois choses : des faits nouveaux, une méthode et des idées directrices, une thérapeutique.

Des faits nouveaux ! Au temps de Sydendam il ne faut pas demander des découvertes au sens moderne et tout scientifique que nous donnons à ce mot. L'heure n'en était pas venue. Dans le chaos d'une pathologie confuse et mal classée, le fait nouveau c'était de savoir et vouloir observer directement les malades, sans parti pris ni théories, de les voir en eux-mêmes; de transcrire fidèlement ce qu'on avait observé, de donner la *vie clinique* aux descriptions générales tirées des faits particuliers. Cela, nul ne l'a fait mieux que Sydenham, et, en le lisant, on ne peut s'empêcher de penser à un autre homme qui a été la gloire de la clinique française, à Trousseau. Aussi bien, si l'on a parfois appelé Sydenham l'Hippocrate anglais, n'a-t-on pas dit aussi de Trousseau qu'il était le Sydenham français ? et nous verrons bientôt dans quelle très haute estime le clinicien de l'Hôtel-Dieu tenait le grand médecin de Londres.

Le premier souvenir que pour tout médecin évoque le nom de Sydenham, c'est celui de la goutte articulaire, de la description qu'il en a donnée, si belle que Lasègue a voulu lui-même en écrire la traduction, devenue si classique que c'est à travers elle, pour ainsi dire, que nous observons nos malades ; c'est avec les yeux de Sydenham qu'aujourd'hui encore nous voyons nos goutteux. C'est ce *Traité de la Goutte* de Sydenham que Trousseau qualifie de « merveilleuse monographie, tout à la fois si courte et si complète ». « Traduisez, dit-il encore, dans ce qu'on appelle un langage plus scientifique, l'œuvre de l'Hippocrate anglais, et vous serez surpris, en admirant la description que ce grand homme nous a tracée de la goutte, du peu qu'il a laissé à faire après lui. » Sur le terrain de l'observation clinique, ces paroles restent toujours vraies. En peu de pages, tout est vu, tout est dit, et sous une forme définitive, nous assistons vraiment à ce drame douloureux qu'est une grande attaque de goutte articulaire, avec son échéance en janvier ou février, son début brusque et inattendu vers 2 heures du matin, les souffrances si cruelles et si spéciales qu'elle provoque, l'agitation du patient qui cherche dans d'incessants changements de position un soulagement qu'il ne trouve pas. Puis enfin à l'aube naissante, au premier chant du coq, la douleur s'apaise, devient supportable, jusqu'à ce que la

(1) *Œuvres de médecine pratique de Thomas Sydenham*. Traduction de A.-F Jault, avec notes de J.-B. Th Baumes, 2 volumes. Montpellier, 1816.

© BIU Santé

nuit suivante ramène un nouveau paroxysme. Puis, c'est l'autre pied qui se prend, parfois aussi d'autres jointures, et la série de ces petits accès compose l'accès entier de goutte plus ou moins court ou prolongé suivant l'âge du malade.

A cette forme régulière, Sydenham ajoute la description des gouttes déformantes à dépôts tophacés, des formes chroniques pouvant aboutir à l'impotence fonctionnelle, des misères innombrables qui peuvent assaillir le goutteux ; en outre, dit-il, « l'esprit n'est pas moins malade que le corps il est en proie à la colère, à la crainte, au chagrin et à toutes les passions de cette nature, dont la faiblesse où il est réduit par la maladie le rend très aisément susceptible ».

Heureusement pour le pauvre goutteux qu'il est et pour ses confrères en maladie, Sydenham ajoute ceci : « Mais ce qui doit me consoler ainsi que les autres goutteux qui n'ont ni grand bien ni grand génie, c'est que des rois, des princes, des généraux d'armée, des amiraux, des philosophes, et plusieurs autres hommes illustres, ont vécu et sont morts de la sorte. En un mot, la goutte a cela de particulier, qu'on ne trouvera presque dans aucune autre maladie, c'est qu'elle tue plus de riches que de pauvres et plus de gens d'esprit que de stupides. » Petite consolation d'amour-propre, et qui ne compense guère les souffrances du goutteux.

Cette goutte, qu'il connaissait si bien, comment Sydenham conseille-t-il de la traiter ?

Il récuse immédiatement trois médications alors fort en honneur, la saignée, les purgations, les diaphorétiques. Ce qu'il faut faire, d'après lui, c'est rétablir les fonctions digestives par l'administration de nombreuses plantes qu'il associe en électuaire. En outre, diminuer le nombre des repas, faire usage de la diète lactée, se coucher de bonne heure, surtout en hiver, et se lever de grand matin, chercher la tranquillité de l'âme, mais prendre un exercice quotidien et modéré, monter à cheval, par exemple, enfin s'abstenir des plaisirs vénériens, telle est l'hygiène que Sydenham conseille aux goutteux, et l'on ne saurait en contester la sagesse.

Dernière prescription : pour le goutteux, la meilleure boisson ne doit dit-il, « ni s'élever à la générosité du vin, ni descendre à la débilité de l'eau. » C'est la petite bière qui convient le mieux, et elle était alors plus faible que de nos jours. « Voilà, ajoute-t-il enfin, tout ce que j'ai découvert jusqu'à présent sur la manière de traiter la goutte. Si l'on m'objecte qu'il y a beaucoup de remèdes spécifiques contre cette maladie, j'avoue sincèrement qu'ils me sont inconnus, et je crains fort que ceux qui les vantent ne soient aussi ignorants que moi. En vérité, c'est une chose bien triste de voir la médecine, le plus noble de tous les arts, ainsi déshonorée par l'ignorance ou la mauvaise foi de certains écrivains qui remplissent leurs livres de remèdes frivoles, car, dans presque toutes les maladies, on ne manque jamais de trouver des gens qui ont, disent-ils, des secrets admirables pour les guérir, et tous ces secrets ne sont, au fond, que des bagatelles. » Eternelle vérité, et l'humanité n'a pas changé depuis Sydenham !

Cette analyse, un peu longue peut-être, du *Traité de la goutte* nous montre Sydenham tout entier, avec son admirable talent d'observateur et de peintre d'après nature, avec sa rectitude de jugement sa probité médicale. Tel nous allons le retrouver dans toute son œuvre.

Prenons la variole, par exemple, et nous allons voir tout ce dont nous lui sommes redevables. Trousseau, qu'il faut ici encore citer, le proclame quand il déclare, en commençant sa leçon sur la variole, qu'il prendra Sydenham pour guide, et qu'il ne « changera que peu de chose à ce qu'a dit de la variole cet homme illustre ». Il avait même résumé en un petit fascicule de quelques pages, et sous formes d'aphorismes, « tout ce que l'Hippocrate anglais a écrit de capital sur la matière ».

C'est qu'en effet, le premier, Sydenham a mis de l'ordre et de la clarté dans la description de cette maladie si complexe. Le premier il a fait la distinction capitale des variolos discrètes et confluentes. Jour par jour il décrit l'aspect et la marche de l'éruption, il montre d'après quels signes on peut prévoir la confluence, il indique la gravité pronostique du syndrome hémorragique avec purpura et hématuries, soit qu'il accompagne l'éruption, soit qu'il la précède, ou ne lui laisse pas le temps d'évoluer. Il considère comme particulièrement graves les cas où le gonflement de la face et des mains ne se produit pas. Enfin, chose tout à fait nouvelle, il reconnait la vraie nature de la fièvre secondaire, celle que nous appelons la fièvre de suppuration.

« Le médecin, dit-il, doit bien faire attention que la nouvelle fièvre qui survient le onzième jour de la petite vérole confluente est une maladie entièrement différente de la petite vérole même, de la fièvre qui précède l'éruption ou de celle qui produit quelquefois l'inflammation des pustules. Cette nouvelle fièvre n'est autre chose qu'une fièvre putride proprement dite, et elle doit son origine aux particules de pus que fournissent les pustules alors en suppuration. »

N'est ce pas là un exemple d'admirable clairvoyance, et une conception toute moderne à laquelle depuis nous n'avons rien changé ?

Un des points sur lesquels insiste le plus Sydenham, c'est la question du traitement des varioleux. La pratique générale était de les tenir au lit, en chambre surchauffée, de les accabler de couvertures pour provoquer les sueurs, de leur donner des préparations cordiales ou alcoolisées. Rien de plus néfaste, dit Sydenham : il faut tenir les malades en chambre fraîche, ne les coucher qu'au sixième jour surtout pour les varioles qui menacent d'être confluentes, leur donner des boissons légères, et, s'ils sont trop agités, les calmer par une préparation opiacée, telle que le sirop Diacode ou le laudanum.

Tout cela reste vrai, et dans l'épidémie du siège de Paris en 1870 on avait remarqué que les varioleux soignés sous la tente, et presque en plein air, s'en trouvaient très bien. De même, un de nos collègues, Ducastel, avait préconisé le traitement de la variole par l'extrait thébaïque. On voit combien étaient exactes et nouvelles les observations de Sydenham sur la variole. Sans doute, tout cela n'a plus qu'un intérêt historique ; nous n'avons plus de varioles à soigner, et c'est maintenant, grâce à la découverte de Jenner, une maladie éteinte. Mais au XVIIe siècle c'était un des plus terribles fléaux qui ravageaient l'humanité, et, en apprenant aux médecins à mieux la connaître et la soigner, Sydenham faisait œuvre hautement bienfaisante.

A propos d'une autre fièvre éruptive, la scarlatine, on cite toujours ce mot devenu classique de Sydenham quand il la qualifie de « *hoc morbi nomen* », un nom plutôt qu'une maladie. Mais il n'avait certainement observé que des formes très atténuées et tout à fait bénignes de la maladie, puisque, s'il décrit bien l'éruption, il ne dit rien de l'angine, ce symptôme pourtant si caractéristique et qui ne pourrait passer inaperçu. On sait, du reste, quelle est la bénignité habituelle de la scarlatine pour la race anglo-saxonne.

L'épidémie de 1669 donne à Sydenham l'occasion d'étudier le choléra-morbus, « maladie, dit-il, qui arrive aussi constamment sur la fin de l'été et aux approches de l'automne que les hirondelles au commencement du printemps et le coucou vers le milieu de l'été ».

A côté des formes à diarrhée profuse, il indique les formes sèches, conseille de s'abstenir des purgatifs, de prescrire des boissons legères telles que le bouillon de poulet, et de recourir au laudanum à doses suffisantes. C'est encore au laudanum qu'il s'adresse pour traiter les diarrhées cholériformes dont sont atteints les jeunes enfants au moment des éruptions dentaires.

De la lettre à Henri Paman sur le mal vénérien je ne retiendrai qu'un mot qui montre que même Sydenham n'avait pu échapper à l'emprise des idées régnantes sur le traitement de la vérole. Il faut, dit-il, diriger le traitement par les frictions mercurielles de façon à ce que le malade « dans l'espace d'un jour et d'une nuit évacue environ quatre livres de salive ». C'était le grand traitement de la vérole, et on comprend combien les malades étaient effrayés d'avoir à le

© BIU Santé

subir. C'est même parce qu'il considérait la stomatite comme nécessaire pour le succès de la cure que Sydenham se refusait à admettre comme spécifique dans la vérole la médication mercurielle.

Les fièvres paludéennes étaient fréquentes et graves dans le Londres mal assaini du XVIIe siècle, et Sydenham les connaissait bien. Il étudie et compare les fièvres intermittentes des années 1661, 62, 63, 64 et donne une parfaite description des trois stades de l'accès fébrile, il distingue les formes quotidienne, tierce et quarte, les accès pernicieux comateux, et réunit en deux groupes différents les fièvres de printemps et les fièvres d'automne, celles-ci plus graves que les premières. Sous le nom qu'il emploie de dureté du ventre, il est probable qu'il a observé des splénomégalies paludéennes, mais sans en reconnaître le siège organique et la nature.

Le point le plus intéressant de son étude des fièvres intermittentes est d'ordre thérapeutique, et relatif au traitement alors préconisé depuis quelques années, par le quinquina, par la *poudre des jésuites*, comme on l'appelai', d'un nom peu fait pour lui valoir la sympathie et la confiance des Anglais. Pendant les premières années de sa pratique, Sydenham paraît avoir été peu favorable au traitement par le quinquina, mais plus tard son opinion se modifia et il en arriva à considérer le quinquina comme le spécifique des fièvres intermittentes. Il le prescrivait en poudre, et d'après une méthode qui est encore la nôtre ; ne pas donner le médicament au moment de l'accès, mais après l'accès, et en le continuant pendant les jours intercalaires pour prévenir l'accès suivant. A ses connaissances cliniques sur le paludisme, il reconnaît pourtant une grave lacune, et se déclare incapable d'expliquer la périodicité des accès et leurs rythmes divers. Il nous faudra arriver jusqu'à notre grand Laveran pour voir résolu ce problème dont Sydenham ni pendant deux siècles aucun médecin ne pouvait prévoir la nature.

Pour achever cette revue rapide de ce que l'on pourrait appeler la pathologie infectieuse de Sydenham, il faudrait parler des fièvres continues telles qu'il les a observées et décrites dans une longue série d'épidémies annuelles. C'est la partie la plus confuse de l'œuvre de Sydenham, et il ne pouvait en être autrement. Toute la pyrétologie des XVIIe et XVIIIe siècles devait rester un chaos jusqu'au jour, où, par la pratique méthodique des autopsies, la description et la comparaison des lésions intestinales constatées devaient permettre à Petit et Serres, à Bretonneau, à Louis, de dégager de la masse confuse des faits la grande maladie infectieuse, la fièvre typhoïde ; encore fallut-il bien du temps et de longues et passionnées discussions pour arriver à nettement séparer la diothiénentérie de Bretonneau et le typhus exanthématique. Sydenham était bien loin de prévoir cette science future de l'anatomie pathologique, dont, près d'un siècle plus tard, Morgagni devait être le fondateur. Il la nie même par avance : « Dans toutes les maladies aiguës, dit il et même dans la plupart des chroniques, il y a quelque chose de divin et de singulier qu'on ne découvrira jamais par l'ouverture des cadavres ». Erreur, qui n'était pas seulement la sienne mais celle de toute son époque.

Dans la lettre sur *l'affection hystérique*, nous allons voir Sydenham sur un tout autre terrain. Est-il une maladie plus difficile à définir, plus incertaine dans ses limites que l'hystérie ? Aujourd'hui encore, malgré les travaux classiques de Babinski, elle laisse le champ ouvert à bien des discussions ; au temps de Sydenham c'était le chaos, et cependant la description qu'il en donne reste une œuvre admirable de clairvoyance. « Je conviens, dit-il, qu'il est extrêmement difficile de reconnaître cette maladie, et encore plus de la guérir. Je ne laisserai pas moins de rapporter ce que mes observations m'ont appris là-dessus, et, selon ma méthode ordinaire, je donnerai d'abord l'histoire fidèle de la maladie, ensuite la manière de la traiter qui m'a le mieux réussi, et que j'ai puisée, non dans la lecture des livres, mais dans ma propre expérience. »

L'hystérie est, dit Sydenham, la plus fréquente des maladies chroniques dont elle représente la moitié, assertion bien saisissante quand on songe qu'aujourd'hui, dans nos services hospitaliers, elle ne compte à peu près que pour zéro. Tour à tour, Sydenham décrit les attaques convulsives ou épileptiformes, les formes apoplectiques, cette algie crânienne si spéciale à laquelle il a donné le nom, resté classique, de *clou hystérique* ; la toux hystérique, les douleurs abdominales, les vomissements incoercibles, la rachialgie et la polyurie nerveuse, le caractère instable, les rires et les pleurs sans motif, l'affaiblissement de la volonté. Et toute cette symptomatologie l'amène à nous présenter l'hystérie comme une affection « qui imite, dit-il, presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain », « véritable protée, dit-il ailleurs, qui prend une infinité de formes différentes ; c'est un caméléon qui varie sans cesse ses couleurs ». Ne reconnaissons-nous pas là les idées que professait Charcot, n'est-ce pas là ce que pensait notre collègue Souques quand il appelait l'hystérie « la grande simulatrice ».

L'opinion classique reconnaissait à l'hystérie une origine utérine ; Sydenham donne une autre pathogénie, et veut l'expliquer par un « désordre des esprits animaux ». Sans doute une telle explication n'est que verbale et chimérique, puisqu'elle invoque ces esprits animaux qui n'ont jamais eu ni définition ni réalité. Mais prenons le mal dans le sens très admissible d'influx nerveux, et nous nous trouverons déjà sur le chemin de nos conceptions modernes.

Bien d'autres points intéressants pourraient être relevés dans l'œuvre de Sydenham, mais il faut se borner, d'autant que les chapitres que nous avons rapidement passés en revue suffisent à montrer quelle méthode et quelles idées générales guidaient Sydenham. Cette méthode, elle est partout la même, et d'inspiration purement hippocratique ; le médecin doit être l'observateur et l'interprète de la nature, l'observation et l'expérience sont ses meilleurs guides. « Un médecin, dit Sydenham, qui fait de l'expérience la règle de sa conduite marche en sûreté, et s'il lui arrive quelquefois de s'égarer, elle le redresse bientôt, et ne manque pas de rectifier ses idées. Elle est la pierre de touche des opinions et des systèmes. » Se méfier des théoriciens ; « ces messieurs ont assez d'esprit pour débiter sur la nature de savantes bagatelles, mais ils n'ont pas assez de jugement pour comprendre qu'on ne peut la connaître que par le moyen de l'expérience, qui seule est capable d'en dévoiler les mystères ». Se méfier même de soi-même : « les opinions de quelque homme que ce soit m'ont toujours paru mériter si peu de créance que je tiens même les miennes pour suspectes, toutes les fois qu'elles sont contraires à celles d'autrui » ; n'est-ce pas là une formule toute cartésienne du doute scientifique qui n'admet rien qui ne soit prouvé ? Tout Sydenham est dans ces quelques citations, et montrent combien était juste l'expression de Mead quand il a dit que ce grand clinicien « apprit aux médecins à oser penser par eux-mêmes ».

C'est dans le même esprit qu'est dirigée toute sa thérapeutique, esprit de simplicité, d'observation, et surtout d'efficacité pratique. Lui même va nous le dire : « l'honneur et la dignité de la médecine ne consistent pas à donner de belles et élégantes formules, mais à guérir les maladies ». Sans doute Sydenham ne peut se soustraire tout à fait à la pratique de son temps, c'est encore aux saignées et aux purgatifs qu'il a trop souvent recours, mais il ne les conseille qu'avec une certaine modération, souvent avec des réserves ; sans doute aussi ses électuaires sont bien complexes, et nombre de plantes ou ingrédients s'y mélangent ; mais à côté de cela que de sages conseils d'hygiène, quelle modération dans l'usage des médicaments dits échauffants ! on l'appelait « le guérisseur des fièvres », et, à pareille époque c'était un bien bel éloge.

Il était une prescription qu'il affectionnait particulièrement, c'était l'exercice quotidien du cheval, pourvu, ajoutait-il, « que le malade fasse suffisamment de chemin, et que les draps de son lit soient bien secs ». Ainsi traitait-il l'hypochondrie, et surtout la phtisie, assurant même « que le mercure n'est pas plus efficace pour le traitement de la

© BIU Santé

vérole, ni le quinquina pour la guérison des fièvres intermittentes que l'exercice du cheval pour celle de la consomption ». C'était une forme de la cure de plein air, et peut-être pas la plus mauvaise.

Et puis, en thérapeutique, Sydenham a eu une bonne fortune, celle d'attacher son nom à une excellente préparation, dont, malheureusement, notre dernier Codex a beaucoup trop diminué l'efficacité.

Le laudanum de Sydenham, la liqueur de Van Swieten gages d'immortalité pour des hommes qui ont été grands et qui méritent de survivre pour de moins minces motifs.

Une dernière question, relative aux œuvres de Sydenham, a été très discutée bien qu'elle n'ait pas d'intérêt médical, et relève plutôt de la curiosité historique. En quelle langue a écrit Sydenham ? En latin, si l'on s'en tient aux textes publiés. Mais voilà qu'un doute a surgi, et en 1740, John Ward affirme que les ouvrages de Sydenham ont été écrits en anglais, et traduits en latin par le Dr Mapletoft et par Gilbert Havers, au moins d'après la déclaration du fils de Mapletoft. Nous savons, cependant, que Sydenham connaissait la langue latine, et que Cicéron était son auteur favori, et il est probable que le rôle de Mapletoft s'est borné, comme le suppose Payne, à revoir le texte de Sydenham pour le rendre d'une meilleure et plus élégante latinité.

Comme tous les hommes de grand mérite, Sydenham a eu ses admirateurs et aussi ses détracteurs. Il supportait mal les critiques, et par moments, il se déclare « fatigué à l'excès par les insultes et les railleries de ces hommes insolents dont la malignité n'épargne personne. » Un des principaux reproches qu'on lui faisait était de ne pas citer ses devanciers. Et en effet, ouvrez ses livres, pas un nom n'est cité, aucune référence n'est donnée. Sydenham fait figure d'autodidacte, mais ce ne serait là qu'une illusion de sa part, s'il l'a eue, et nul ne peut, en science, se soustraire aux enseignements de ses devanciers ; un homme ne réinvente pas la médecine. J'ajoute que, à cette absence de citations nous ne perdons pas grand'chose, et que son œuvre n'en a que plus de vie, et ne nous en paraît que plus attachante.

Il est cependant des omissions que l'on regrette, deux noms que l'on voudrait trouver cités. En 1628, William Harvey avait fait connaître la plus grande, peut-être, des découvertes médicales, la circulation du sang. En 1652, Pecquet avait révélé les voies anatomiques de la circulation du chyle, et porté ainsi un coup si grave aux idées de Galien sur le rôle du foie, que Bartholin avait célébré les obsèques du foie, déchu de son ancienne splendeur, et en avait écrit l'épitaphe. Sydenham a certainement connu l'une de ces révolutions anatomiques, la découverte de Harvey, et cependant il n'y fait nulle part allusion : il est même probable qu'il ne l'admettait pas, puisque partout il parle des esprits animaux et de leur afflux au niveau des différentes parties malades. C'est là une tache qui dépare un peu son œuvre médicale.

Il est facile, en lisant Sydenham de voir quelles étaient, comme nous disons aujourd'hui, ses sources. Elles me paraissent au nombre de trois, ou plutôt il a subi trois influences.

Hippocrate d'abord, dont il est le disciple fidèle ; observation directe des malades, force médicatrice de la nature, étude des épidémies et des constitutions médicales, sagesse thérapeutique, tout cela est d'inspiration purement hippocratique, et se trouve aux racines même de son œuvre.

Hippocrate, c'était la tradition. Mais deux autres hommes, par leur influence directrice, apportent déjà à Sydenham le souffle de l'esprit moderne et lui montrent la voie des progrès futurs. C'est Locke, son ami de toute la vie, confident de tous ses écrits, médecin et philosophe, l'auteur du célèbre *Essai sur l'entendement humain*, et qui, à côté du pur rationalisme de Descartes, voulait faire une place à l'expérience des sens et à l'expérience intime. C'est l'illustre François Bacon, l'auteur du *De dignitate et augmentis scientiarum* et du *Novum organum*, le précurseur de Claude Bernard dans l'étude philosophique de la méthode expérimentale. De ces deux grands maîtres il ne me paraît pas douteux que Sydenham a largement subi l'influence ; il leur doit cet accent déjà tout moderne qui rend si vivant tout ce qu'il a écrit.

Il est un autre homme, et je l'ai déjà dit, qui présente de singulières affinités avec Sydenham, c'est Trousseau. Tous deux appartiennent au même groupe intellectuel, ils sont médecins de même famille, attachés à l'étude directe et minutieuse des malades, et sachant demander à la clinique d'observation tout ce qu'elle peut donner. Trousseau aujourd'hui est trop oublié, on ne lit plus guère ses admirables cliniques de l'Hôtel-Dieu et c'est grand dommage ; il semble que le courant irrésistible de la médecine expérimentale, de la biologie, de la bactériologie, ait tout emporté. Ce serait une erreur et une ingratitude que de penser ainsi et, à part de vaines théories, rien n'est mort de la médecine de nos pères. Ils ont construit les assises solides de notre édifice scientifique, c'est à eux que nous devons nos méthodes d'examen clinique, prologue nécessaire et accompagnement obligé de la médecine de laboratoire. Ayons donc respect et reconnaissance pour ces vieux maîtres qui, tels que Sydenham, ont tant fait avec de si médiocres moyens de travail. Nous leur devons beaucoup, et ils nous ont légué un héritage que nous n'avons pas le droit de répudier. Au premier rang de ces illustres devanciers, plaçons Sydenham, il en est digne. Quand en 1880 le Collège royal des médecins de Londres fit restaurer dans l'église de Saint-James-Piccadilly le monument funéraire de Sydenham, il inscrivit dans l'épitaphe ce magnifique éloge : *Medicus in omne ævum nobilis* », médecin noble à travers les âges. C'est le jugement de la postérité, et je suis certain que l'Académie lui apporte aujourd'hui son assentiment unanime.

DEUXIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE (1)

(Rome, 24-26 avril 1924).

PREMIÈRE QUESTION

L'innervation rénale.

Rapporteurs MM. AMBARD (Strasbourg) et REJA (Pavie).

Premier rapport. — M. le professeur AMBARD, après un résumé de nos connaissances actuelles sur l'anatomie des nerfs du rein, donne une place plus importante à l'étude physiologique de l'innervation.

Dans les reins entrent des nerfs de différentes origines qui les réunissent à tout le corps. Ainsi on explique les innombrables réflexes dans des points d'origine très variés. Parmi les effets que les nerfs peuvent produire dans les reins nous considérons comme les plus importants : 1° une action trophique ; 2° une action dans les constantes secrétoires ; 3° une action sur les seuils ; 4° et une action vaso-motrice.

1° *Action trophique.* — Aucun expérimentateur n'a réussi à la mettre en évidence. La section des nerfs du rein au niveau du pédicule ne produit aucune dégénération de l'organe. On déduit que dans l'intérieur de l'organe existent des centres autonomes.

2° *Action dans les constantes sécrétoires.* — Aucune stimulation ou section des nerfs du rein produit des modifications des constantes secrétoires. On peut en conclure que les nerfs n'ont aucune action sur les constantes.

3° *Action sur les seuils.* — Quelques stimulations des centres

(1) Service spécial de l'*Association de la Presse Médicale Française*. La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux qui ne font pas partie de l'Association.

© BIU Santé

démontrent clairement un abaissement des seuils. Par conséquent on peut affirmer que le système nerveux règle les seuils.

4° *Action vaso-motrice.*— Le système nerveux peut influencer le calibre des capillaires. Si l'on sectionne les nerfs d'un pédicule rénal, en respectant ceux de l'autre, nous constatons que dans l'absence de stimulation anormale les secrétoires des deux reins sont identiques. Il paraît pourtant que le système nerveux extra rénal n'affecte pas les seuils ni les capillaires, sinon en mesure exceptionnelle, et que dans la vie ordinaire les deux sont réglés par des fonctions endo-rénales. Le rein dont le poids est la 1/163e partie du poids du corps, consume 1/11e de l'oxygène consommé par l'organisme entier. Ceci démontre l'importance essentielle que doivent avoir les modifications de la circulation du rein.

Le riche réseau nerveux du rein se distribue principalement autour des vaisseaux sanguins. Toutefois, si cela est admis par tous les observateurs, on doit également convenir que les découvertes plus exactes sur la terminaison et la répartition des fibres nerveuses dans le rein ainsi qu'une série d'observations expérimentales qui ont eu lieu sont considérées par de nombreux auteurs, comme favorables à l'hypothèse d'une action directe du système nerveux sur la sécrétion du rein. Mais un examen rigoureux des observations et des expériences n'est pas favorable à cette hypothèse. Les observations histologiques peuvent être interprétées avec une plus grande vraisemblance comme expression déterminante d'une sensibilité générique. L'investigation directe de la circulation rénale donne aux observations expérimentales, une explication plus facile, plus précise et plus ample.

Les modifications de la fonction rénale dans les maladies trouvent également leur explication dans la façon différente de fonctionner des cellules du rein différemment arrosées par le sang ou altérées par des agents toxiques et par conséquent modifiées dans leurs aptitudes chimico-physiques et dans la diversité des rapports entre le sang et les cellules rénales, diversité qui est la conséquence des altérations cellulaires et des troubles circulatoires.

Les actions réflexes vaso-motrices d'origine rénale ou bien extra-rénale sont de grande importance pour interpréter les changements et les variations des conditions cliniques des néphrétiques. On ne peut pas encore accepter ou exclure que la génèse de quelques hypertensions ait un rapport avec ces faits.

La symptomatologie douloureuse qui accompagne quelques formes rénales est due principalement au plexus rénal, au petit bassin rénal, au tissu périrénal ; assez souvent elle est due aux réflexes douloureux zonales ou qui envahissent des territoires plus ou moins éloignés, certainement en rapport avec l'individualité du malade.

Il y a donc pour le rein une innervation vaso-motrice et sensitive, l'une et l'autre des plus importantes dans les conditions physiologiques et dans celles pathologiques, une innervation secrétrice n'est pas démontrée et ne peut pas être admise.

La fonction du rein, complexe et délicate, est l'expression des conditions structurales et humorales de tout l'organisme. La régulation de la fonction rénale est automatique et essentiellement chimico physique, indépendante de toute action nerveuse secrétive directe, grandement modifiable par les conditions vaso-motrices des territoires vasculaires relatifs. L'action très importante du système nerveux sur la secrétion rénale s'explique justement au moyen des vaso-moteurs, souvent par action réflexe.

DEUXIÈME QUESTION.

La vaccinothérapie dans les affections de l'appareil urinaire.

Premier rapport. — M. NOGUÈS (Paris).

Sous le nom de vaccinothérapie il faut entendre non seulement la bactériothérapie proprement dite, mais toutes les méthodes thérapeutiques (sérothérapie, pyothérapie), qui mettent en œuvre les réactions humorales pour prévenir ou combattre les maladies infectieuses.

Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances de porter un jugement définitif sur la valeur de ces méthodes thérapeutiques ; ici si les faits publiés sont nombreux et pour la plupart bien observés, ils diffèrent tellement entre eux qu'ils ne permettent aucune comparaison. Autant d'observations, autant de variantes quant aux indications, quant au genre de vaccin, à son mode de préparation, à sa posologie, à ses voies d'administration.

Ce sont donc moins des conclusions que des impressions que nous nous risquons bien timidement à donner.

La sérothérapie a été jusqu'ici très peu employée en urologie parce qu'il n'existe pas de sérum contre les infections les plus habituelles : celui qui répondrait aux besoins les plus fréquents serait un sérum anti coli-bacillaire, mais on se heurte pour sa préparation à des difficultés de technique telles qu'il ne figure pas encore dans l'arsenal thérapeutique. Ces difficultés de préparation seraient-elles vaincues, qu'on peut se demander si en présence de la multiplicité des races de ce microbe, on aurait chance d'obtenir pour la majorité des cas un sérum spécifique agissant réellement par son action homologue.

Une seule exception est à faire pour les sérums anti-gangréneux. Dans les affections à anaérobies et en particulier dans le phlegmon diffus péri-urétral, le sérum de VINCENT et STOEDEL s'est montré d'une effacité incontestable au point de vue général et surtout au point de vue local.

La vaccinothérapie, par contre, jouit d'une grande vogue, peut-être même excessive, les malades auxquels elle a été appliquée n'étant pas toujours très judicieusement choisis et les résultats publiés prêtant souvent à la critique. Il n'est pas douteux cependant qu'elle ne se soit montrée efficace dans des cas où tous les autres traitements avaient échoué. Nous avons pu pour chaque type morbide classique citer un fait où son action curative a été indéniable : c'est dans les infections à staphylocoques et particulièrement dans les abcès péri-néphrétiques hématogènes qu'elle s'est montrée surtout efficace. Quant aux infections coli-bacillaires, l'effet obtenu dépend beaucoup de la forme clinique que prend l'infection : dans la bactériurie, elle s'accompagne d'une pyurie abondante.

Le problème est donc loin d'être résolu : sa solution demandera encore de longues et patientes recherches, mais ce serait déjà un progrès considérable que de pouvoir indiquer les voies par lesquelles on aurait le plus de chances d'arriver au but.

La plus séduisante est sans conteste la chimiothérapie et ce serait assurément l'idéal de provoquer une réaction funeste aux microbes sans que les substances chimiques soient nocives pour les tissus. La chimie arrivera-t-elle à nous fournir des composés synthétiques doués d'une action elective ? rien ne ne défend de l'espérer.

Certains vénéréologistes ne traitent-ils pas déjà la blennorragie par des injections intraveineuses de salvarsan. A cette question de la chimiothérapie se rattache celle de l'infertilisation des urines dont nous avons essayé de montrer l'importance au cours de ce travail. Pour l'instant, c'est encore vers l'immunothérapie que nous devons porter nos efforts : sérum ou vaccin ? Les premiers s'ils pouvaient être « ajustés » aux infections urinaires seraient assurément supérieurs. Mais il faut en prendre notre parti et savoir nous passer des sérums que l'avenir tient encore en réserve.

Notre devoir nous commande en tous cas d'utiliser au mieux de l'intérêt de nos malades les armes dont nous disposons. Ces armes, nous les trouvons dans la vaccinothérapie et c'est en tâtonnant que nous arriverons à en connaître la portée et à en faire un judicieux emploi. Nous la connaissons maintenant assez pour être certains de ne pas nuire et cette innocuité est déjà une très grande force quand on travaille à étendre le champ d'action d'une méthode. Les biologistes et les médecins ont la voie ouverte. Cette voie va-t-elle les conduire à la recherche d'une spécificité toujours plus grande qui les contraindrait à n'utiliser que les auto-vaccins ? Va-t-elle les induire à réhabiliter les vaccinations locales ou digestives qui ont rapidement connu l'infortune de l'abandon.

Le temps, aidé de la critique patiente des faits, permettra seul de poser nettement un jour les indications précises des divers procédés de la thérapeutique vaccinale. (*A suivre*).

La Revue de l'Art. Le n° 12 fr. 50. Abonn : France : un an : 100 fr. 28, rue du Mont Thabor. Paris. Sommaire du n° de mai 1924

I. *Histoire général de l'Art* : A propos du centenaire de Géricault : Géricault, peintre d'actualités, par le duc de Trévise. — Un siècle d'exposition d'art décoratif : ce que furent les expositions d'art décoratif de 1798 à 1900 par M. L. Vaillat ; ce que sera l'exposition de 1925 M. Guillaume Jeanneau. — La peinture espagnole depuis le milieu du XIXe siècle (IV) par M. J Francès.

La sculpture française du XIIe siècle et les influences irlandaises par M. J. Valéry Radot. — Perronneau inédit : I. Cinquante œuvres de J.-B. Perronneau, par Emile Dacier. — II. Le « Portrait d'Enfant » de la collection David Veil, par M. Ratouis de Limay. II. *Chronique et actualités.* Moyen-Age et Renaissance : Sur deux recueils de dessins de J.-J. Boissard (I) par Mlle J. Duportal. — Art contemporain : L'exposition Maurice Denis par M. Antre Perate. — Deux œuvres décoratives de M. G. d. Jaulmes, par M. R. Bouvier. — « 1918 », peintures de M. G. Leroux, par M. R. Bouvier.

Le bulletin de l'Art ancien et moderne. Ce supplément de 30 p. est envoyé gratuitement à tous les abonnés de la Revue.

© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : **Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.**

"VASOGÈNE Hg"

à **33 1/3** et **50 %**, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Marque déposée

ANTIACIDE & LAXATIF

Cette préparation possède, sous une forme liquide et assimilable, toutes les propriétés de la magnésie solide, sans en présenter aucun des inconvénients.

Sa fluidité, sa parfaite hydration, son affinité pour les acides, assurent une solubilité parfaite dans les sucs de l'estomac.

Elle est agréable à prendre et son usage prolongé ne donne jamais lieu à des signes d'intolérance.

Envoi d'Échantillon sur demande au Dépôt Général

PHARMACIE ANGLAISE DES CHAMPS-ÉLYSÉES
62, avenue des Champs-Elysées
PARIS (VIIIe)

Téléphone : Elysées 22-52

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

Extrait total d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES · ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Laboratoires CARTERET

Littérature et échantillons sur demande

15, Rue d'Argenteuil,

PARIS (1er)

EURONAL

HYPNOTIQUE LÉGER
SÉDATIF NERVEUX

Comprimés rigoureusement dosés à

VÉRONAL SODIQUE	0 gr. 15
EXTRAIT DE VALÉRIANE	0 gr. 10

INSOMNIES NERVEUSES, NÉVRALGIES (1 à 3 comprim. par jour)

SINAHIN

Traitement
ANTIDIABÉTIQUE
- Sans Régime -

PILULES A BASE D'EXTRAITS VÉGÉTAUX
5 à 15 Pilules par jour

Communication à l'Académie de Médecine, 30 Décembre 1913, par le Docteur Dinguizli, de Tunis, sur les Travaux d'Avicenne.

ANTISEPTIQUE — DÉSINFECTANT

LUSOFORME

FORMOL SAPONINÉ

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
CHIRURGIE d'accidents

R. C. Seine 185.284.

© BIU Santé

VARIÉTÉS

La médecine et la musique

Bien que la musique et la médecine soient en apparence étrangères et s'opposent par leur caractère, frivole d'une part, austère de l'autre, elles n'en sont pas moins toutes les deux un art et une science, et possèdent, d'après les Anciens une origine divine, puisque Apollon présidait à leurs destinées respectives. Les effets de la première ont été utilisées fréquemment mais empiriquement en thérapeutique ; il semble toutefois que l'harmonie ait une influence réelle sur l'état affectif de l'homme sain et sur l'état mental des nerveux et des aliénés, comme vient de le montrer Pablo Martinez Torres dans son discours à l'Académie espagnole.

Les sentiments s'associent dans l'esprit suivant les conditions physiopathologiques d'une part, les préoccupations ou les idées fondamentales d'autre part. Pour que le sentiment soit nettement défini, il est nécessaire que la sensation déterminante soit en rapport avec une idée préétablie, de telle sorte que le sentiment présuppose toujours un facteur intellectuel, facteur que ne peut exprimer la musique, puisque son langage manque de la précision indispensable. Aussi bien dispose-t-elle de trois éléments : la force, le mouvement et la proportion ; et par cela même elle parvient à exprimer le dynanisme de chaque sentiment sinon le sentiment lui-même ; c'est à cette condition que le symbolisme des tonalités, qui existe au même titre que le symbolisme des couleurs, peut déterminer les sentiments de l'auditeur, grâce à un léger effort mental indépendant le plus souvent de la volonté même. Ce phénomène s'est produit sans intervention directe de l'intelligence, bien que la hauteur, l'intensité et le rythme des sons aient été modifiés par une idée préexistante comme une image par un miroir concave ou convexe.

Au point de vue physiologique, le tympan vibre sous l'influence des sons et les sensations musicales retentissent sur les différents viscères (cœur, intestin, utérus et poumons), ce qui s'explique par les relations étroites qui existent entre le nerf acoustique, le pneumogastrique, le plexus cervical superficiel, le trijumeau et le nerf de Jacobson. Le centre auditif cortical comprend, d'après Bechterew, la première et la deuxième circonvolutions temporales et la partie postérieure de l'insula de Reil ; la seconde circonvolution contiendrait les centres adaptés aux octaves inférieures, depuis les sons les plus graves jusqu'aux sons de la troisième octave du clavier, et la portion temporale de la troisième circonvolution les centres de la gamme diatonique du mi jusqu'au do. L'excitation sonore de l'écorce cérébrale aurait une influence régulatrice remarquable sur les organes qui lui sont soumis et qui fonctionnent d'une manière relativement autonome.

Les expériences, concernant l'influence de la musique sur l'homme sain, ne sont ni assez nombreuses ni assez faciles à contrôler pour que l'on puisse en tirer des conclusions précises. Verdier a utilisé le pletismographe, le pneumographe et l'ergographe dans l'observation des modifications physiologiques produites par la musique chez des sujets, au repos physique et moral complet. Certaines de ses conclusions sont des plus intéressantes. Les consonances, les tons majeurs et les sons aigus donnent des modifications moins marquées de la respiration et de la circulation que les dis-

(*Voir la suite page* 452).

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococcémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale, salpingites, septicémies strepto-entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique T, Paratyphique A et B, Diphtérique D.S.E.S., Pneumobacillaire Pb, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le réflexe solaire dans la pratique,

Par MM. D. SANTENOISE et H. CODET

Il est utile de pouvoir dissocier, dans l'étude clinique du tonus neuro-végétatif, la participation respective du vague et du sympathique ; les applications thérapeutiques dépendent de cette discrimination précise.

La notion de deux systèmes antagonistes, indépendants, doit être abandonnée et l'utilisation des schémas cliniques d'Eppinger et Hess donne, pratiquement, des résultats trop simplistes et arbitraires.

On a appliqué une méthode plus précise, d'une réelle valeur physiologique : les épreuves pharmacodynamiques. Mais ces tests sont toujours longs et délicats à effectuer, souvent pénibles pour le malade, parfois difficiles à interpréter. Dans la pratique, il y a intérêt à recourir au R. oculo-cardiaque pour explorer le tonus du vague, au R. solaire pour celui du sympathique.

Le R. S. a été décrit par A Thomas, J. C. Roux, étudié par H Claude. Les recherches cliniques et expérimentales ont établi trois points : 1°) ses voies centripète et centrifuge, assez compliquées, sont purement sympathiques (système thoraco-lombaire) ; 2°) son intensité est fonction de réactions vaso-motrices, c'est-à-dire de phénomènes liés à l'excitabilité du sympathique ; 3°) l'étude parallèle du R. O. C. et des réactions pharmacodynamiques confirme la valeur du R. S. comme moyen d'investigation du sympathique.

L'excitation élective du plexus solaire détermine des réactions d'ordre vaso-moteur, dans les territoires abdominal et pulmonaire. Lorsque la vaso-dilatation réflexe abdominale et la vaso-constriction pulmonaire associées concourent à abaisser la pression différentielle, à diminuer l'indice oscillométriqee, le R. S. est positif.

Le sujet, à jeun depuis la veille au soir, est examiné le matin. Il est couché dans le décubitus dorsal, à son aise, débarrassé des causes de striction que ses vêtements peuvent réaliser. On lui commande d'entr'ouvrir la bouche, de respirer régulièrement, de ne pas retenir sa respiration, d'éviter les inspirations et les expirations forcées, et, d'autre part, de ne pas se défendre en contractant les muscles de la paroi abdominale. Il est très important de mettre le malade en confiance afin d'éviter toute surprise de sa part, et d'écarter, entre autres causes d'erreur, le facteur émotionnel qui perturberait les résultats.

On applique au poignet du sujet le brassard de l'oscillomètre sphygmométrique de Pachon et on recherche l'oscillation maxima. On peut alors pratiquer la compression de la région épigastrique au niveau de la ligne ombilico-xiphoïdienne et en son milieu. La pression sera exercée à deux mains, obliquement, c'est-à-dire en se dirigeant, dans la profondeur, vers la coupole diaphragmatique. Les doigts seront juxtaposés et agissant par leur pulpe progressivement et d'une manière diffuse. Il faut opérer sans brusquerie, mais avec une certaine énergie, variable suivant l'épaisseur de la paroi, de manière à sentir les battements aortiques, sans toutefois écraser le vaisseau. On constate alors, si le réflexe est positif, après un temps perdu de quelques secondes, que l'indice oscillométrique diminue d'amplitude, pouvant même devenir très petit. Lorsqu'après une vingtaine de secondes on relâche la compression, la diminution des oscillations persiste, souvent pendant un certain temps, puis celles-ci reprennent progressivement leur amplitude normale.

Souvent l'indice oscillométrique ne se modifie pas sous l'influence de la pression épigastrique : le réfléxe solaire est dit nul.

On peut aussi mettre en évidence le réflexe solaire par la méthode auscultatoire avec le sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry.

Il se manifeste alors par la disparition de la vibrance du pouls.

Bien que la constatation du phénomène puisse être faite ainsi directement par simple lecture des amplitudes oscillométriques sur le cadran de Pachon, il y a un grand intérêt cependant à employer la méthode graphique qui permet d'avoir des résultats objectifs et comparables entre eux. Nous employons toujours cette méthode dans nos recherches, utilisant le polygraphe de Boulitte, muni d'une capsule oscillographique conjuguée avec l'oscillomètre de Pachon.

On voit que la recherche du réflexe solaire est d'une technique facile, pouvant être aisément faite dans la pratique courante.

En clinique, on le retrouve dans une série de cas, présentant en commun l'excitabilité sympathique. Il est très net chez les malades offrant, à l'examen, de l'instabilité vaso-motrice : accès brusques de rougeur ou de pâleur, raies vaso-motrices accentuées, troubles sécrétoires paroxystiques, sensations de bouffées de chaleur, palpitations. Ces conditions sont plus particulièrement réalisées dans deux syndromes : la maladie de Basedow et les troubles consécutifs à la ménopause, naturelle ou opératoire.

Etudié au point de vue psychiàtrique, le R. S. se montre intense chez les sujets manifestement émotifs, en concordance avec la tendance aux réactions physiques et psychiques très vives ; les premières, du reste, sont essentiellement d'ordre vaso-moteur. Grâce au R. S., on peut faire le départ de ce qui ressortit à l'émotivité elle-même, au cours des états anxieux et obsédants.

Actuellement, il convient encore d'être plus réservé en ce qui concerne l'interprétation du R. S. dans diverses algies, certains œdèmes localisés, ainsi que dans le « syndrome solaire », où sa valeur sémiologique n'est pas établie.

En pratique, l'étude parallèle du R. O. C. et du R. S. permet, dans chaque cas, d'établir, en quelque sorte, le bilan actuel du tonus organo-végétatif, d'orienter la thérapeutique au début et de la diriger dans son application ultérieure. C'est leur examen répété qui permettra de suivre les effets du traitement et de le modifier selon les besoins.

La phényléthylmalonylurée (gardénal, luminal) inhibe le tonus vagal et sympathique, mais ce dernier, à plus longue échéance ; il faut se méfier des faibles doses (5 ctgr. chez l'adulte), qui ont, souvent, une action plutôt excitatrice. Il est généralement indiqué, dans les cas qui nous intéressent ici, de donner en une fois la ration quotidienne : 20 à 30 ctgr., le soir, avec une infusion de tilleul ; le traitement doit être continu, assez prolongé.

Le cratægus possède une action élective d'inhibition sur le sympathique. On peut donner L à LX gouttes par jour, pour commencer, et augmenter par la suite. La dose sera fractionnée en trois prises que l'on fera absorber une 1/2 heure après chaque repas, pour profiter de l'inversion du tonus, habituelle à ce moment. Mais généralement le cratægus, au bout de 3 ou 4 jours, libère ou excite le tonus du vague ; la constatation d'un R. O. C. en accroissement, tandis que le R. S. diminue, conduira alors à prescrire, en plus, la teinture de belladone, en

© BIU Santé

commençant par XX gouttes par jour. On évite ainsi des malaises désagréables pour le malade.

L'extrait d'ovaire agit comme modérateur du sympathique, ce qui vient confirmer les observations empiriques, d'ordre clinique et thérapeutique. Cette action, mesurée par le R. S., s'observe, du reste, aussi bien sur les sujets masculins. Il convient de prescrire des doses assez élevées pour obtenir un résultat appréciable.

Parmi les autres agents médicamenteux, la pilocarpine et l'ésérine ont une action amphotrope, portant sur le vague et sur le sympathique, dans un ordre de réaction variable selon le système prédominant. Ces conditions rendent leur emploi très délicat dans les cas envisagés ici.

De façon générale, avec l'usage des médicaments agissant sur le sympathique, on constate, parallèlement, l'atténuation des troubles vaso-moteurs, la réduction des phénomènes émotifs en même temps que diminue l'intensité du R. S., observé dans les mêmes conditions. L'absence de résultats ou la rechute se traduisent, au contraire, par des modifications nulles ou inverses. En tout cas, l'ensemble clinique et biologique reste concordant.

En somme, on voit que le R. S. est un moyen pratique d'apprécier l'état actuel d'excitabilité du sympathique, permettant, en clinique, d'instituer un traitement effectif, d'en contrôler les résultats.

CLINIQUE MÉDICALE

Les pleurésies hémorragiques [1]

Par M. le Prof. **CHAUFFARD**.

Les pleurésies hémorragiques constituent une variété assez rare d'épanchements pleuraux. Le plus souvent, du reste, l'examen clinique n'a pas fait prévoir leur nature ; seule, une ponction exploratrice les révèle, et, au premier abord elles impressionnent vivement, non seulement le malade, mais encore le médecin.

Ces épanchements hémorragiques de la plèvre sont intéressants par leur pathogénie d'abord, par leur physiopathologie ensuite, si l'on considère l'évolution très spéciale du sang épanché.

L'histoire clinique du malade qui fait l'objet de cette leçon est banale. Chez lui, en effet, rien ne mettait en garde sur la nature de l'épanchement.

Cet homme de 40 ans est entré dans le service le 10 mars 1924 parce qu'il est gêné pour respirer et qu'il a perdu ses forces.

Le début de sa maladie semble remonter au mois de novembre 1923 : à cette époque, il commence à tousser, il accuse un point de côté sur la ligne axillaire gauche au niveau des fausses côtes ; il s'essouffle. Cependant il semble n'avoir eu ni frisson, ni fièvre très élevée. Il quitte son travail, le reprend au bout de quelques jours, est obligé de se reposer de nouveau ; et, après avoir traîné ainsi quelques mois, il se décide à entrer à l'hôpital parce que sa gêne respiratoire augmente.

Nous l'interrogeons sur ses antécédents, sans trouver d'incident sérieux. Il aurait été gazé, dit-il, pendant la guerre, mais pas gravement, on aurait examiné plusieurs fois ses crachats sans y trouver de bacilles de Koch.

Nous l'examinons :

Très dyspnéique, en orthopnée, avec un léger tirage sus-sternal, la parole brève, la température à 39°, cet homme a des signes indubitables de pleurésie : une voussure de l'hémithorax gauche avec élargissement des espaces intercostaux, matité, abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, depuis l'épine de l'omoplate gauche jusqu'à la base du thorax en arrière et en avant, à partir de la 3e côte. Le cœur est un peu déplacé vers la droite.

Cependant on ne perçoit pas de souffle, pas d'égophonie, et pas de pectoriloquie aphone. Nous insistons sur l'absence de ce dernier signe, dont Baccelli faisait un signe de purulence, c'est-à-dire un signe d'épanchement très riche cytologiquement.

Un examen radiologique montre en outre l'existence d'une ombre opaque dont la limite supérieure dessine une courbe de Damoiseau très nette. Ombre remplissant les deux tiers inférieurs de l'hémithorax gauche.

L'existence d'une pleurésie gauche n'était pas douteuse.

Mais, aucun signe, chez ce malade, ne nous faisait soupçonner la nature de l'épanchement.

Nous faisons une ponction exploratrice au niveau du 9e espace intercostal, en arrière, et, au lieu d'une sérosité citrine, nous sommes surpris de trouver un liquide hémorragique. Je conseille, à ce propos, de ne jamais faire la thoracentèse d'emblée, on n'est pas toujours absolument certain en effet de trouver du liquide, d'autre part lorsque la ponction exploratrice révèle un liquide dont on ne prévoyait pas la nature, elle permet d'envisager ensuite quelle sera la meilleure conduite à tenir.

Chez notre malade, la gêne fonctionnelle et le déplacement du cœur commandaient une thoracentèse immédiate.

Nous lui retirons 1250 cc. de liquide très hémorragique qui s'écoule en mince filet, et nous arrêtons la ponction, sans avoir tari l'épanchement, estimant pour cette première fois la soustraction de liquide suffisante.

Avant de continuer l'histoire de ce malade, voyons d'abord quelle est la valeur séméiologique d'un épanchement hémorragique.

Nous laissons évidemment de côté les hémothorax traumatiques, qui constituent une espèce particulière, facile à rapporter à sa véritable cause.

Nous n'aurons en vue que les épanchements hémorragiques en apparence spontanés.

Il faut en distinguer *trois groupes principaux*.

1) *Les pleurésies cancéreuses*, qui surviennent dans des conditions spéciales, souvent chez la femme atteinte de cancer du sein opéré ou non, et qui a gagné la plèvre. Cette carcinose pleurale, habituellement très douloureuse, détermine souvent d'abord un épanchement séreux assez banal qui devient très vite hémorragique.

Ce n'est pas le cas de notre malade.

2) *Les pleurésies des tuberculeux pulmonaires avérés*, atteints de forme évolutive, ulcéro-caséeuse, avec des bacilles de Koch dans leurs crachats.

Ces sujets, atteints de fonte nécrotique plus ou moins étendue de leur parenchyme pulmonaire, qui ulcère leurs vaisseaux, saignent dans leur plèvre. Ils font, en quelque sorte, une hémoptysie pleurale. Ces pleurésies hémorragiques peuvent devenir purulentes dans la suite.

Mais notre malade ne crache pas, il n'a pas de foyer évolutif. Il n'entre pas dans cette catégorie.

3) Restent les *pleuro-tuberculoses primitives*. Absolument comparables aux formes séro-fibrineuses, tuberculisant elles aussi le cobaye, elles ne s'en différencient que

(1) Leçon faite le 28 mars 1924 à la clinique de l'Hôpital Saint-Antoine, recueillie par M. L. Girot, interne du service.

© BIU Santé

par leur aspect sanglant. Elles constituent une lésion tuberculeuse initiale, elles récidivent après ponction, elles se modifient, peuvent devenir séreuses, et finissent en général par guérir après plusieurs ponctions.

Elles surviennent souvent chez des alcooliques ; or, notre malade est un alcoolique discret, mais avéré. il boit au moins deux litres de vin par jour, un apéritif de temps à autre.

Nous pouvons donc, chez lui, poser le diagnostic de *forme initiale de pleuro-tuberculose hémorragique chez un buveur.*

On a expliqué la production de ces épanchements hémorragiques par des causes locales et par des causes générales.

Certaines pleurésies se compliquent d'une couche de néo-membranes conjonctives, tapissant les plèvres, cette couche est infiltrée de vaisseaux qui peuvent saigner. L'examen histologique de ces plèvres met en évidence ces néo-membranes très vascularisées, recouvertes d'un enduit fibrineux superficiel coloré en rouge vif par le sang épanché.

Chez les alcooliques, d'autre part, existe une certaine tendance aux hémorragies, à cause de leur fragilité vasculaire conditionnée probablement par des lésions hépatiques.

Nous avons recherché le temps de saignement de notre malade, après scarification légère de son lobe de l'oreille, en recueillant toutes les demi-minutes sur un buvard la gouttelette de sang épanché, nous avons trouvé un temps de saignement normal, de trois minutes.

Son temps de coagulation est de quatre minutes, par conséquent, même abrégé, puisque le temps normal est de six minutes environ.

Rappelons aussi que, MM. Noël Fiessinger et Brodin ont montré que les hépatiques tuberculeux étaient en état d'anergie, et ne réagissaient pas à la tuberculine. Or, la cuti-réaction est très nettement positive chez notre malade.

Enfin, on ne met pas en évidence chez lui grand signe d'insuffisance hépatique, il n'a ni sels, ni pigments biliaires dans ses urines, on lui a bien trouvé une certaine urobilinurie, mais elle peut être d'origine locale.

Nous sommes donc obligés, pour expliquer cet épanchement hémorragique, d'invoquer une cause anatomique purement locale.

Mais que va devenir ce sang épanché ? Il va subir des évolutions très curieuses, que G. Guillain et J. Troisier ont contribué à bien mettre en évidence.

Ponctionné, et abandonné à lui-même, l'épanchement ne forme pas de caillot. Microscopiquement, on y trouve des hématies nombreuses qui paraissent absolument normales.

Cependant, elles sont atteintes dans leur vitalité, et, en particulier, elles se montrent extrêmement fragiles vis-à-vis de solutions salines hypotoniques.

Nous avons recherché et comparé la résistance globulaire des hématies du sang circulant d'une part, et des hématies de l'épanchement pleural d'autre part.

Dans le sang circulant, la fragilité globulaire est très faible, H^1 commence à 50 H^2 hémolyse totale à 40.

Au contraire la fragilité des globules de l'épanchement est considérable. H^1 commence au-delà de 70, H^2 à 68, l'hémolyse totale H^2, par contre, se rapproche de celle du sang circulant : 4. On peut donc dire que les globules de l'épanchement commencent à hémolyser dans des solutions presque isotoniques de chlorure de sodium.

Mais nous n'avons pas pu expliquer cette fragilité par la présence d'une hémolysine locale. Nous savons que, dans un plasma, il peut exister des autolysines, attaquant les hématies du sujet, et des isolysines, détruisant les hématies d'un autre sujet. Ici, le sérum de l'épanchement ne contenait ni iso, ni autolysines.

Nous avons cherché à nous rendre compte approximativement de la teneur en sang du liquide épanché. Dans le sang normal, le rapport entre le plasma et les globules est environ 50/100. Dans l'épanchement qui nous occupe, nous avons trouvé environ 11/12 de sérosité et 1/12 de globules.

Malgré son aspect très hémorragique, ce liquide ne contient donc pas une quantité très considérable de sang pur. C'est d'ailleurs ce que nous a confirmé la numération globulaire, en nous montrant 540.000 hématies par millimètre cube d'épanchement, soit moins de 1/5 du sang normal.

Donc, la ponction évacuatrice, retirant 1250 cc. de liquide hémorragique, est beaucoup plus impressionnante en apparence qu'en réalité, puisqu'elle correspond à peine à 250 cc. de sang pur.

Nous avons pratiqué, à quelques jours d'intervalle, plusieurs ponctions chez ce malade, et, après centrifugation, l'aspect du sérum a varié suivant les cas. Tantôt il s'est montré laqué et rosé, tantôt jaune biliaire. Chimiquement, la présence d'urobiline et de pigments biliaires a été facile à constater.

Ce sérum de la 1re ponction contenait 1/5000 de bilirubine (évaluée par la méthode de Fouchez), chiffre énorme, celui de la 2e ponction 1/45000 seulement, chiffre sensiblement égal à celui du sérum sanguin. La biligénie locale avait donc été en décroissant.

Depuis son entrée dans le service, nous avons pratiqué 3 ponctions à ce malade, la première, nous l'avons dit de 1250 cc., la seconde de 950 cc. avait paru épuiser l'épanchement, qui, huit jours après ne semblait pas s'être formé de nouveau, et, en effet, hier c'est à peine si une troisième ponction a ramené 15 cc. de liquide.

Ce matin, d'ailleurs, l'examen pulmonaire montre que l'épanchement ne se reproduit pas. L'auscultation laisse entendre un murmure vésiculaire affaibli mais perceptible jusqu'en bas du thorax gauche, et quelques frottements pleuraux. La matité existe toujours, mais moins dure, moins absolue, et les vibrations vocales, faibles il est vrai, reparaissent, elles aussi.

Cette pleurésie s'achemine donc vers la convalescence. Mais comment surviendra la guérison et quelle en sera la valeur ?

Nous savons que ces pleurésies, qu'elles soient sérofibrineuses ou hémorragiques, sont des tuberculoses locales, mais nous savons également que ce sont des tuberculoses atténuées. C'est d'ailleurs une règle générale pour la tuberculose des séreuses : les liquides d'épanchements tuberculeux péritonéaux ou pleuraux semblent avoir une virulence assez faible, seules les méninges font exception à cette règle des séreuses, et la méningite tuberculeuse a un liquide dont la virulence est exaltée. L'épanchement pleurétique est donc, d'ordinaire, un milieu où le bacille de Koch s'atténue.

On peut dire qu'une pleurésie est un avertissement sérieux, un incident grave, qui doit donner l'alarme, sans être une condamnation.

Je n'irai pas jusqu'à dire, cependant, avec certains auteurs, que cet épanchement protège l'organisme. On a pensé en effet que l'exsudat pleural se chargeait d'anticorps antituberculeux, et qu'il fallait le respecter. Cette

© BIU Santé

opinion me paraît hasardeuse, et je crois, pour ma part à l'utilité des ponctions.

Mais, quoiqu'il en soit, ces pleuro-tuberculoses primitives à forme hémorragique sont d'un pronostic relativement assez bon, au contraire des formes hémorragiques secondaires à une tuberculose ulcéro-caséeuse, qui sont très graves, et des pleurésies cancéreuses.

Cependant elles ne sont pas sans inconvénient et sans danger. La plèvre est, nous l'avons vu, tapissée de néo-membranes assez épaisses, les feuillets viscéral et pariétal peuvent s'accoler, réaliser une symphyse avec toutes ses conséquences ultérieures fâcheuses.

D'autre part, cette hémorragie continue, pour peu que l'épanchement se renouvelle après ponction en gardant son caractère sanglant, pourrait peut-être anémier le sujet.

Aussi avons-nous pratiqué chez notre malade un examen du sang qui nous a montré à vrai dire un retentissement bien minime.

Environ 4.000.000 d'hématies au millimètre cube 85/00 d'hémoglobine, 4.600 globules blancs avec 60/00 de polynucléaires, c'est une formule presque normale.

Il nous a paru intéressant de rappeler l'histoire et l'examen de ce malade, car il est nécessaire de bien connaître ces épanchements hémorragiques pour n'être pas trop surpris quand on les trouve, et ne pas trop s'exagérer leur gravité. Ces pleurésies hémorragiques ne se distinguent pas des pleurésies bacillaires primitives séro-fibrineuses, sauf par leur caractère hémorragique, résultat d'un simple accident anatomique (néo-capillaires et suintement sanguin.)

Ces formes ne suppurent pas, et il est assez habituel de les voir perdre peu à peu leur caractère hémorragique et devenir séro-fibrineuses; ou encore, et il semble que ce soit le cas du malade qui nous occupe, on peut constater qu'elles diminuent après quelques ponctions, qu'elles se tarissent et guérissent d'emblée.

REVUE GÉNÉRALE

Le délire alcoolique

(Description).

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — *Prodromes.* — A) *Début : circonstances, durée.* — B) *Période d'état : 1. Symptômes fondamentaux. Hallucinations, illusions. Idées délirantes. — Agitation anxieuse ; — 2. Symptômes accessoires ; troubles de la mémoire, épisodes confusionnels ; — 3. Examen physique ; — 4. Rêve et délire alcoolique.* — C) *Terminaison.*

Le délire alcoolique, défini du point de vue psycho-clinique, est, exactement, une variété d'hallucinose aiguë délirante toxique. On peut considérer trois phases dans son évolution : le début, la période d'état, la terminaison. Nous dirons un mot des prodromes, avant d'aborder la description de la période de début.

Prodromes. — Durant les semaines ou mois qui précèdent le début de l'accès, il est constant d'observer quelques uns des stigmates de l'alcoolisme chronique. Ce sont les troubles gastro-intestinaux (et particulièrement l'anorexie, la gastrite, la douleur hépatique et les pituites matutinales), les crampes, les fourmillements dans les extrémités (mains ou pieds), les étourdissements, les troubles de la vue (la diplopie), l'insomnie, les réveils en sursaut, les cauchemars (zoopsies, chutes dans des précipices, accidents, rêves professionnels pénibles), les troubles du caractère, le tremblement des mains et de la langue, la douleur à la pression des masses musculaires, l'hyperesthésie.

Les excès alcooliques, si le sujet se met fréquemment en état d'ébriété, sont révélés par l'entourage : ils ne sont méconnus par la famille que lorsque le malade est un individu robuste, résistant, qui s'intoxique sans ivresse, sans éclat.

A. Début. — Il est plutôt rare que le syndrome hallucinatoire survienne brusquement (début brusque) ; généralement, une phase morbide, d'une durée de quelques jours, précède la période d'état (début lent). Dans le premier cas, le sujet, à la suite d'un cauchemar par exemple, entre d'emblée dans le délire hallucinatoire. Dans le second, on voit les cauchemars se répéter chaque nuit, se prolonger, engendrer de l'insomnie, puis, au bout de quelques jours, les hallucinations apparaissent, surtout le soir et la nuit, se dissipent pour revenir à nouveau et persister.

Circonstances du début. — Il est constant ou presque d'observer au début du délire alcoolique une cause occasionnelle. Sans parler des maladies infectieuses (peumonie, fièvre typhoïde, grippe, etc.) qui peuvent, par elles-mêmes, déterminer des états aigus hallucinatoires, et qui en déterminent plus facilement encore, si le sujet est un alcoolique chronique, on constate presque toujours à l'origine du délire éthylique : des fatigues excessives, du surmenage, de l'amaigrissement, de la misère physiologique, des excès massifs d'alcools variés (*delirium a potu nimio*), des traumatismes physiques (traumatismes du crâne, du tronc ou des membres), la suppression brusque de l'alcool (*delirium a potu suspenso*), et aussi des contrariétés, des chagrins domestiques, des déceptions, etc. Ainsi, tel malade fait du délire alcoolique après une commotion cérébrale, tel autre, après un trauma du genou ; un autre doit s'aliter à l'occasion d'une diarrhée : quelques jours après les hallucinations apparaissent ; un terrassier vigoureux se livre régulièrement après chaque paye, à des excès considérables d'alcool ; un jour, à la suite de ces excès, il est la proie d'hallucinations terrifiantes et durables ; chez un quatrième, c'est à la suite de contrariétés avec ses voisins que le délire éclate, etc. Ces causes secondaires occasionnelles n'enlèvent pas à l'alcool, cause déterminante, son action fondamentale, mais elles ne sauraient non plus être considérées comme nulles, vaines et sans intérêt.

Durée. Passage à la période d'état. — La période de début quand celui-ci est lent, — et c'est le fait habituel — dure de trois à quatre jours, d'une à deux semaines. Dans ces divers cas, le passage à la période d'état se fait progressivement, ou par à-coups ; s'il a lieu progressivement, on voit le patient, après les cauchemars et l'insomnie persistante, se montrer peu à peu de plus en plus illusionné, halluciné et agité ; s'il a lieu par à-coups, on remarque que le malade passe par des alternatives d'état hallucinatoire et d'état normal ; c'est même, semble-t-il, ce dernier mode qui se montre le plus fréquent.

B. Période d'état. — Pour la description détaillée du délire alcoolique à la période d'état, nous envisagerons successivement : 1) les symptômes fondamentaux ; 2) les signes accessoires ; 3) l'état somatique, et nous ferons : 4) un parallèle entre le rêve et le délire alcoolique.

1. **Symptômes fondamentaux.** — Ce sont les hallucinations et illusions, les idées délirantes et l'agitation anxieuse (délire alcoolique, hallucinose aiguë délirante anxieuse).

Hallucinations et illusions. — Les hallucinations et illusions, chez l'alcoolique, sont à étudier ensemble, non seulement parce que ce sont, les unes commes les autres, des troubles de la perception, mais aussi parce que, maintes fois, il est assez difficile de les distinguer cliniquement.

© BIU Santé

Elles présentent des caractères généraux qu'on peut presque dire pathognomoniques et des caractères particulières suivant l'organe sensoriel atteint.

Les *caractères généraux* des illusions et hallucinations éthyliques sont tirés de leur moment d'apparition et de leur durée dans le temps, de leur quantité ou richesse, de leur variété, et enfin des réactions émotionnelles qu'elles provoquent. Qualifiant ces caractères, l'observateur peut dire que les hallucinations et illusions des alcooliques sont :

1° Nocturnes ou mieux à prédominance nocturne ;
2° Essentiellement mobiles ;
3° Multiples ;
4° Professionnelles ou spécialisées ;
5° Afflictives ou pénibles.

Nocturnes, les hallucinations le sont surtout à la période de début, ou mieux à la fin de la période de début, avant que ne soit constituée tout à fait la période d'état. Elles apparaissent, surtout le soir au crépuscule (illusions et hallucinations vespérales ou crépusculaires) ou dans la première partie de la nuit. Quand le délire hallucinatoire, lors de la période d'état, n'est pas permanent, la prédominance nocturne des phénomènes psycho-sensoriels est toujours très manifeste. On observe souvent les faits suivants : durant toute la journée le patient est calme ; puis, dès que vient le soir, les illusions, les hallucinations reparaissent pour persister jusqu'à une heure avancée de la nuit ; généralement le sujet finit par s'endormir vers trois ou quatre heures du matin et il se réveille après cinq ou six heures de sommeil. Au moment même du réveil, il peut être halluciné quelques minutes, mais il retrouve vite son état normal et le reste de la journée est bon. Dans les cas graves les troubles sont à la fois nocturnes et diurnes et le malade, sans cesse en proie au délire, n'a plus guère de repos.

Les hallucinations de l'alcoolique sont essentiellement mobiles. Les tableaux, illusionnels ou hallucinatoires, qui se déroulent devant lui ou autour de lui, sont des tableaux mouvants : les hommes, les bêtes, les objets, les tableaux, qu'il aperçoit, se déplacent, se déforment, s'agitent, apparaissent, disparaissent, pour se reconstituer très vite et s'animer. Cette mobilité des hallucinations et illusions donne au sujet, relativement, l'impression d'un spectacle kaléidoscopique ou cinématographique.

Elles sont multiples : elles ne sont pas en effet seulement mouvantes, mais encore nombreuses et riches quelquefois. Elles peuvent ne pas laisser de répit au sujet ; elles se répètent sans arrêt, et dans certains cas, surtout chez les intellectuels ou chez les imaginatifs cultivés, elles offrent à l'observateur la rareté en même temps que l'abondance ; elles touchent à la fois tous les sens, illustrant et enrichissant le délire, merveilleusement ou terriblement.

Professionnelles ou spécialisées, les hallucinations et illusions des alcooliques présentent, là, un caractère clinique de constatation facile et d'observation ancienne. Le patient est à son travail, il parle et agit comme dans l'exercice de son métier ; il prononce les mêmes mots, il fait les mêmes réflexions, les mêmes gestes qu'à l'atelier ou au chantier. Les personnes et choses qui l'entourent sont incorporées par lui dans le monde factice qu'il crée et vivifie. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, un malade qui se croit au travail cause avec ses camarades, les commande, les avertit. « Apportez les sacs... Attention ! On va t'écraser ». — A côté de l'élément professionnel, et le dominant souvent, on observe des hallucinations et illusions spéciales, non pas propres absolument au sujet, mais propres presque à l'alcoolique délirant. Ainsi, il voit des individus armés qui s'avancent astucieusement pour le tuer : partout où il se sauve, ces ennemis imaginaires le poursuivent (fugues hallucinatoires) ; il les entend qui le menacent de mort : « On l'aura !... On lui fera son affaire. Attrapez-le ! » Quelques-uns voient de l'eau qui monte et les submerge, ou du feu dont les flammes s'avancent pour lécher leur corps, etc. Souvent aussi l'alcoolique aperçoit des animaux autour de lui (zoopsies) : toute la faune qu'il connaît est susceptible de lui apparaître. Que ces bêtes soient féroces ou domestiques, elles manifestent, par leurs attitudes, leurs gestes, leurs bonds ou leurs cris, des tendances agressives. Les animaux vus le plus communément par le malade sont : les rats, les souris, les chiens, les chats, les bœufs, les serpents, les lions, des poissons, des insectes, etc... Ces animaux ont parfois des formes bizarres, des toisons ou des pelages étranges. Enfin l'alcoolique peut apercevoir des personnages ou des choses plus petits que nature (hallucinations lilliputiennes ou microscopiques) : il voit sur son lit ou sur un mur, dont les dimensions restent normales, tout un monde de lilluputiens qui vont et viennent, disparaissent et reparaissent, défilent, saluent, travaillent, donnent la comédie, etc. Quelquefois, au contraire, il aperçoit des personnages bien plus grands que nature : ce sont des hommes, des femmes aux proportions démesurées, fantastiques (hallucinations gigantesques), etc. Elles paraissent un peu plus rares que les précédentes.

Enfin les hallucinations et illusions de l'alcoolisme sont pénibles, afflictives, c'est-à-dire qu'elles engendrent des émotions douloureuses. La plus fréquente de ces émotions est la peur, l'anxiété, avec les réactions qui en résultent : violences, fuite éperdue, fugue, tentative de suicide, etc. On désigne souvent ces réactions sous le nom de raptus pantophobiques. Le chagrin, les pleurs, quand ils existent, ne sont guère que transitoires ou épisodiques. L'énervement, la tendance à la colère, sont très communs, mais ils sont d'ordinaire provoqués par les moyens de contrainte, par le maintien de force au lit, par les luttes que l'entourage engage avec le patient, par la camisole qu'on lui applique, par les entraves ou liens qui le fixent. Les hallucinations de l'alcoolique ne sont pas systématiquement douloureuses ; quelques-unes lui procurent de la joie, passagère ou durable. On le voit rire et trembler à la fois ; on le voit s'amuser de ses visions. Ces faits sont assez rares.

Les caractères *particuliers* des hallucinations et illusions, dans le délire éthylique, sont à envisager suivant le sens affecté.

Le sens de la vue est presque constamment troublé chez l'alcoolique, de sorte que, cliniquement, la constatation d'hallucinations ou illusions de ce sens appelle tout de suite la recherche de l'intoxication chronique spéciale. Chez l'alcoolique, les moindres sensations lumineuses, les visions d'objets et de personnes, tout se modifie, s'altère, pour donner naissance à des scènes tragiques terrifiantes. Ainsi le malade voit comme des ombres qui passent dans sa chambre ; cela est d'abord vague, imprécis, il tremble pourtant et sursaute. Puis il voit sur le mur, au plafond, des points noirs, des taches sombres, mal délimitées, qui peu à peu s'étendent, se prolongent et finalement revêtent la forme d'un masque fantastique d'un animal effrayant. D'autres voient des lumières, des couleurs variées, du sang, des étincelles, des éclairs, des flammes, du feu, de l'eau. Les objets ont des contours diffus, estompés ; ils sont comme enveloppés d'une atmosphère grisâtre ou de nuages légers. Tout cela favorise considérablement le développement des illusions et des hallucinations visuelles. Les figures des personnes se transforment, deviennent par exemple des têtes d'animaux dangereux ou des têtes de mort, etc. Est il vrai, comme l'a dit Lasègue (1), que dans l'alcoolisme subaigu, les illusions et hallucinations de la vue existent à l'exclusion presque complète des autres troubles sensoriels ? Elles prédominent quelquefois, mais bien plus souvent, des hallucinations de l'ouïe, élémentaires, différenciées et même verbales, s'y surajoutent, comme chez ce malade qui nous déclarait après guérison : « Je les voyais, ils ne me parlaient pas, ils ne me disaient pas de menaces, mais j'entendais leur va-et-vient ».

Les illusions et hallucinations de l'ouïe se présentent communément à l'état de bruits confus, à peine différenciés ; il s'y ajoute des éléments verbaux, ce sont, sauf chez les

(1) Lasègue. — L'alcoolisme subaigu. (*Arch. gén. de méd.*, 1869, p. 163, août.)

© BIU Santé

prédisposés, des paroles brèves. Ces bruits obscurs, indéterminés, se précisent petit à petit : ce sont des bourdonnements, des sifflements, des tintements, des sons de cloche. Puis le sujet, que la peur et l'anxiété oppressent, perçoit des cris, des appels de détresse, des plaintes, des gémissements, des chants incohérents, des prières des voix tumultueuses et insaisissables. Enfin, ce sont des paroles bien articulées, des menaces, des injures, des reproches, des accusations (hallucinations accusatrices), des commandements (hallucinations impératives), etc. La variété mélancolique du délire alcoolique (délire d'auto-accusation) résulte toujours de phénomènes auditifs spécialisés.

Les hallucinations auditives, mais plutôt les hallucinations auditives élémentaires et différenciées que les hallucinations auditives verbales, s'unissent fréquemment aux illusions et hallucinations visuelles pour créer le délire alcoolique type. Quelquefois, chez des « prédisposés », les illusions et hallucinations de l'ouïe acquièrent, en même temps que les hallucinations du goût de l'odorat et de la sensibilité générale, un développement considérable, cependant que l'élément visuel est atténué. Un de nos malades disait : « Tous ces temps-ci, j'avais toujours peur, le jour comme la nuit. Je ne pouvais rester chez moi tellement la crainte m'oppressait. Dehors, sur les routes, j'entendais, à chaque instant, des menaces ; je me retournais, je ne voyais rien ». Ils me parlaient sans cesse, ils disaient : « On l'aura ! On le tuera ! » Ils pouvaient être quinze à vingt avec des triques pour m'assommer... J'entendais encore : « On lui coupera les c..., on lui coupera les oreilles, on le clouera sur une croix. » Il y en avait pourtant qui me protégeaient et me conseillaient : « Fais attention, va-t-en par là... Cache-toi, on va te tuer... Pends-toi, ça vaudra mieux. » Je courais, je me blottissais derrière les arbres, mais ils me rattrapaient presque aussitôt... Il y en a qui répondaient à ce que je pensais. Ainsi, je songeais : « Je vais me sauver ». J'entendais alors : Oui, sauve-toi ». — Certains malades, sous l'influence de ces hallucinations, sont poussés à se faire du mal (le suicide et les tentatives de suicide sont fréquents), ou à en faire à autrui : un de nos malades était poussé par des hallucinations auditives à mettre le feu, etc.

Les hallucinations du goût et de l'odorat paraissent se développer surtout chez les alcooliques à hérédité vésanique. Elles accompagnent les illusions et hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, ou seulement les illusions et hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Un de nos malades, toujours très halluciné, au cours de ses divers accès, n'a jamais présenté aucun phénomène morbide d'ordre psycho-visuel. Les odeurs et saveurs perçues par les alcooliques sont variées : odeurs de soufre, de fumée, de poudre, de ciguë, de matières putréfiées, etc. ; saveurs de poussière, de sang, de pourriture, de vitriol, etc.

La sensibilité générale et aussi la sensibilité génitale sont, parfois, troublées dans leurs fonctions. Certains malades sentent des bêtes, des insectes ramper ou courir sous leur peau ; d'autres disent qu'ils sont comme enserrés dans des fils de fer secoués par des courants électriques mordus, déchiquetés par des animaux, etc. Les illusions et hallucinations de la sensibilité générale sont plus fréquentes que les hallucinations du goût, de l'odorat et aussi du sens génital. Voici, au sujet des sensibilités générale et génitale, ce que nous disait un de nos malades : « J'avais sur le corps de la lèpre, de la vermine ; est-ce que ça paraît encore ? J'étais habillé dans des affaires gluantes, comme humectées de ciguë... Il me semblait qu'il y avait des hosties consacrées sur ma chemise, en dedans. Je recevais des crapauds sur moi, et je sentais leur bave venimeuse me monter aux lèvres. On me jetait de la poudre partout sur le corps, pour me donner la vérole. J'avais la verge pourrie. Ils m'ont fait aller avec une femme malgré moi. — Un autre expliquait : « Dès que j'étais couché, ça commençait. Il y avait de grosses bêtes, des singes, des chats, des couleuvres, et il me semblait que tout ça causait. Je cherchais à me sauver... Ça sentait la poudre, la fumée ; j'en avais plein la bouche, le nez et les oreilles : ça m'étouffait, c'était comme une poussière. Et puis je sentais dans le corps des secousses électriques et on cherchait à m'enlever par dessus les toits. Je voyais les murs se soulever, etc. ». — Un autre racontait : « Je vois des bêtes qui me dévorent, des lions, des corbeaux, des crapauds : je crie. Je crois qu'on me tue, qu'on m'ouvre le ventre, qu'on me prend le cœur, les amygdales. Il y a des moments que je me sens enlevé comme par un aimant et je retombe.., Je vois des femmes aussi, je les vois comme si c'était naturel, elles sont déshabillées, se couchent avec moi, mais, au bon moment, elles se sauvent. » Quelquefois les malades expriment des hallucinations psycho-motrices : ils entendent parler dans leur estomac, au niveau du cœur, etc.

Toutes ces illusions et hallucinations tendent à créer autour du patient un monde effrayant, le font assister à des scènes terribles et sans cesse renouvelées, de risques, de batailles, de carnages, de tueries, d'incendies, etc.

Idées délirantes. — Sous l'influence des hallucinations plus ou moins variées et multiples qu'il présente, le malade exprime des idées délirantes.

Les idées de persécution sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont des idées délirantes vagues et confuses ; il est exceptionnel qu'on observe même une ébauche de systématisation. Le plus ordinairement le sujet est incapable de désigner ses persécuteurs : « On le poursuit... On le menace... On veut le tuer. » Ce sont des voisins, des camarades d'atelier ou de chantier. Quelquefois ce sont des individus qu'il n'arrive pas à identifier, ou qu'il affuble de titres étranges, ou qu'il considère comme particulièrement indignes, ou qu'il qualifie de criminels : ce sont des vauriens, des carnavals, des spectres, des hommes qui font les polichinelles et les pantins ; ce sont des malfaiteurs, des assassins, des voleurs, des allemands, des francs-maçons, des jésuites, des cambrioleurs armés de fusils, de revolvers, de couteaux, etc.

Les idées mélancoliques (idées d'auto-accusation, idées de culpabilité, d'indignité, de ruine), quand elles se développent, et cela est assez rare (1,68 % d'après une statistique que nous avons faite), sont liées à l'existence d'hallucinations accusatrices.

Quelquefois on note des idées hypocondriaques : elles paraissent être en relation avec le mauvais état général du sujet, avec les phénomènes asthéniques secondaires aux émotions afflictives, avec des douleurs localisées, actuelles ou passées, etc.

Les idées de grandeur sont tout à fait exceptionnelles et épisodiques, on noterait plutôt des idées mystiques ou des idées érotiques, mais toujours transitoires et accessoires. Les unes comme les autres sont d'origine hallucinatoire.

Agitation anxieuse et réactions. — L'alcoolique, en proie à des illusions et à des hallucinations, présente de l'agitation anxieuse. Par intervalles, il a des peurs intenses, prolongées, quelquefois subintrantes. Il est toujours inquiet, anxieux, angoissé, car il redoute de nouvelles apparitions d'ennemis, de nouvelles menaces, de nouvelles tortures. Questionné, — s'il répond, ce qui n'est pas constant, — il accuse du serrement épigastrique de la sécheresse de la gorge, de l'oppression respiratoire. Il reste peu en place, va et vient, manifeste des tendances et impulsions à fuir, à se cacher (fuites, fugues, raptus divers, avec ou sans scandale sur la voie publique), à demander protection (incursion chez les particuliers ou, dans les grandes villes, chez le commissaire de police). Le suicide, la tentative de suicide (défénestration, submersion, pendaison, suicide par instrument tranchant etc.) sont encore des conséquences fréfréquentes de l'anxiété d'origine hallucinatoire. Le vol, l'incendie, l'outrage à la pudeur, sont plus rares.

Avec l'agitation anxieuse, on observe communément des signes marqués d'énervement, de colère, car l'anxiété, par elle-même, accroît l'irritabilité du sujet. L'alcoolique délirant, contrarié dans ses mouvements, — par exemple maintenu de force au moment où il cherche à fuir, s'excite, lutte,

© BIU Santé

mord, frappe, renverse les obstacles qui se dressent devant lui. C'est l'état de fureur hallucinatoire délirante alcoolique : d'où les violences contre les choses (bris d'objets mobiliers ou professionnels), contre les personnes (coups, blessures, homicide).

2. **Symptômes accessoires.** — Avec les illusions, les hallucinations, le délire et l'agitation anxieuse, coexistent souvent des troubles de la mémoire, de l'attention, de la reconnaissance, de l'idéation, qui compliquent le tableau clinique.

Durant la période d'état du délire alcoolique, durant la phase aiguë, hallucinatoire, délirante, anxieuse, l'examen mental du malade est souvent assez difficile. On le questionne, il ne répond pas, il ne dit rien. L'œil fixe, largement ouvert, la face contractée et immobilisée, il a l'esprit tout entier fixé sur les sensations anormales qu'il éprouve. On l'abandonnera à lui-même, et on attendra en observant : une parole qu'il prononce, un geste qu'il exécute, pourront être d'excellents signes. D'ordinaire, en secouant le patient en élevant la voix, on obtient de lui, par intervalles, quelques renseignements précis sur son identité : nom, prénoms, âge, profession, état civil ; il arrive même qu'il explique son délire ; mais aussi on note, maintes fois, de l'amnésie, des erreurs de temps, de lieux, etc. Tout à coup, au cours de l'examen, on le voit cesser de répondre, trembler, chercher à se sauver : il est en proie de nouveau à des hallucinations.

Lorsque les troubles de l'attention, de la reconnaissance, de la mémoire, sont plus intenses, on peut se trouver en présence de phénomènes confusionnels épisodiques. Le malade ne reconnaît plus les personnes, ni les lieux, ni les choses. Ces accidents, dans le délire hallucinatoire éthylique, ne durent que quelques minutes, quelques heures au maximum : sinon la confusion mentale alcoolique serait réalisée.

On peut observer encore de l'asthénie physique ou abattement, de l'asthénie psychique ou anidéation, sans confusion mentale proprement dite.

3. **Examen somatique.** — L'état général somatique est généralement mauvais, quoique la température reste normale. La langue est saburrale, l'appétit nul, le pouls rapide, la peau moite. Quand l'examen somatique général peut être complété, il révèle presque toujours des signes d'insuffisance hépatique et rénale : hypoazoturie, glycosurie alimentaire, urobilinurie, élimination intermittente du bleu de méthylène, hypertoxicité des urines, albuminurie, etc. On constate enfin les stigmates fonctionnels et physiques de l'intoxication alcoolique : les tremblements généralisés fins et rapides ne font jamais défaut.

4. **Parallèle entre le rêve et le délire alcoolique.** — Le délire alcoolique, a dit Lasègue, n'est pas un délire, mais un rêve : « C'est un rêve éveillé ou de jour, qui fait suite au rêve endormi ou de nuit, et le continue, non seulement au point de vue psychique, mais aussi chronologique » (1). En outre il a été rapproché des autres délires toxiques et des délires infectieux ; il constitue le type du délire onirique de Régis (2). Quels sont les caractères qui rapprochent le rêve et le délire hallucinatoire alcoolique ? Quels sont ceux qui les différencient ?

Caractères communs. — Les éléments psychiques qui constituent le rêve, surtout le rêve douloureux, c'est-à-dire le cauchemar, ressemblent manifestement à l'état hallucinatoire aigu qui caractérise le délire alcoolique : « Le dormeur qui rêve est un halluciné : il voit et entend des êtres imaginaires auxquels il prête des actes, des pensées, des discours que lui-même a conçus et contre lesquels il arrive parfois à réagir par des discours, des pensées et des actes contraires » (3). En effet le rêveur a des sensations visuelles, auditives, tactiles, etc., comme un halluciné, c'est-à-dire sans qu'il y ait excitation sensorielle ; ces sensations dans le rêve sont mobiles, multiples, professionnelles, spécialisées comme chez l'halluciné alcoolique, et elles entraînent les mêmes erreurs de jugement, les mêmes émotions douloureuses, et surtout parmi celles-ci, la peur et l'anxiété. Lorsque le dormeur se réveille, l'état morbide sensoriel prend fin immédiatement. De même, lorsque l'alcoolique délirant est capable encore de fixer son attention sur les questions que lui pose l'entourage ou l'observateur, les hallucinations cessent un moment et le sujet paraît recouvrer son état normal. — Le rêve pénible, comme le délire alcoolique, peut être suivi d'amnésie ; mais dans l'un comme dans l'autre cas, c'est plutôt l'exception, semble-t-il, à la condition que l'examen du sujet par l'observateur soit immédiat, ou très rapproché. — Enfin, Régis considère le rêve et le délire onirique en général, par conséquent le délire onirique alcoolique, comme des états seconds ou somnambuliques susceptibles, quand ils sont suivis d'amnésie, d'être revivifiés et connus de l'observateur par le sommeil hypnotique. Sans doute le rêve douloureux et le délire alcoolique peuvent être suivis d'amnésie, mais cela suffit-il pour les assimiler aux états seconds épileptiques ou hystériques ? Dans ces états seconds, cliniquement, les phénomènes morbides observés sont bien différents des troubles de la perception qui caractérisent fondamentalement le rêve et le délire alcoolique. Ajoutons que nous, avons une fois, essayé en vain l'hypnose chez un alcoolique amnésique. Il est, pourtant, des états seconds où l'alcoolisme paraît jouer un rôle, même si l'on observe, pendant ou à la fin de l'accès, des phénomènes hallucinatoires. — Quoi qu'il en soit, et sans considérer le rêve et le délire hallucinatoire comme étant des états seconds, on voit qu'ils offrent des éléments psychiques communs très importants.

Caractères différentiels. — Objectivement, le rêve a lieu à l'état de sommeil ; il entraîne très souvent, surtout le rêve pénible, des soubresauts, des contractions musculaires précises des membres ou de la face, il s'accompagne de cris, de paroles qui expriment l'anxiété. Le sujet se réveille, la peur rapidement se dissipe, et le sommeil revient. — Le délire alcoolique fait généralement suite à des rêves pénibles, mais il a lieu à l'état de veille : le patient parle, exprime ses sensations, ses idées, ses émotions, et il agit en conséquence : le délire hallucinatoire, c'est le rêve en action ; c'est le rêve avec en plus les paroles, les émotions, les gestes et les actes : c'est le rêve exprimé, plus ou moins vécu, réalisé. Cet état de veille du délire hallucinatoire alcoolique est caractérisé, à moins que le délire ne soit permanent, par des alternatives de périodes hallucinatoires et de périodes voisines de l'état normal. Les constatations de l'observateur varient complètement suivant ces périodes. Dans le moment même où se produisent les hallucinations, il est impossible d'obtenir du patient une réponse quelconque, car il est tout à ses sensations pathologiques. Dans l'autre période, période d'état psychique presque normal, il est aisé de causer avec lui, de se renseigner sur sa situation, etc.

Quel rôle jouent les illusions et les hallucinations dans le délire alcoolique et dans le rêve ? L'alcoolique n'a pas des hallucinations d'une façon permanente. Il reçoit du milieu où il est, des excitations sensorielles normales, et il est capable de reconnaître des objets divers, des bruits variés, mais aussi, maintes fois, il perçoit faussement ou déforme ce qu'il perçoit : ce sont les illusions. Nous sommes portés à penser que ces illusions sont des phénomènes accessoires, complémentaires, et que l'hallucination est le trouble fondamental. Dans le rêve, les phénomènes illusionnels sont encore bien plus effacés, semble-t-il, que les hallucinations.

C. **Terminaison.** — Durée courte, convalescence bénigne, guérison rapide et complète, telle pourrait être la formule générale évolutive du délire alcoolique dans le plus grand nombre des cas. Les autres faits, à convalescence lente, à rechutes faciles, à récidives répétées, s'observent probablement chez des sujets dits prédisposés.

(1) Lasègue. — *Etudes médicales*, 1884, II, 203.
(2) Régis. — *Précis de Psychiatrie*, 1906, 3e édit, p. 293.
(3) Dechambre. — *Dict. encyclop. des sc. méd* Art. Sommeil, p. 301.

© BIU Santé

Un point important de l'évolution du délire alcoolique est la constatation, durant la période d'état, surtout si celle-ci se prolonge jusqu'à dix ou quinze jours, d'oscillations très manifestes dans l'état morbide ; le patient est très halluciné le soir et la nuit : dans le jour, il est calme et répond parfaitement. Ce fait clinique s'observe même au cours d'un examen relativement court : tantôt le malade cause bien et volontiers, tantôt en proie à ses hallucinations, anxieux, le facies crispé, il est incapable de fournir aucun renseignement ; il n'écoute plus l'observateur, il ne l'entend plus. Ces alternatives psychopathiques sont utiles à bien connaître pour le diagnostic.

Enfin, l'hallucinose aiguë, délirante, alcoolique peut se compliquer de vésanies systématisées et chroniques, de démence, d'épilepsie, etc. Ces exemples sont bien plus rares que la guérison, qui a lieu dans 80 % des cas. Lorsqu'il existera des services ouverts pour le traitement des maladies mentales aiguës, le délire alcoolique deviendra une exception à l'asile des aliénés (1).

THÉRAPEUTIQUE

L'argent colloïdal dans le péritoine au cours de la laparotomie pour lésion suppurative des annexes

Par le prof. SANTE SOLIERI (2)

L'usage des métaux colloïdaux et particulièrement de l'argent colloïdal est désormais généralisé dans le traitement des formes infectieuses les plus variées et les praticiens s'accordent pour en apprécier les bons résultats. Une littérature très étendue décrit les propriétés pharmacologiques des préparations colloïdales et leur activité biologique. COHN, BAYER et BRUNNER (3) en 1900, PINTO et MARQUES DOS SANTOS (4) en 1905, ont montré que l'argent colloïdal à l'état de collargol a un pouvoir bactéricide sur les cultures de gonocoque, de staphylocoque et de streptocoque. CERNOVODEANU et HENRI (5) ont constaté *in vitro* que l'argent colloïdal possède un pouvoir bactéricide. CHARRIN (6) put prouver sur l'animal que l'argent colloïdal possède un pouvoir bactéricide supérieur à celui du sublimé et des autres sels de mercure. FOA et AGGAZZOTTI (7) constatèrent aussi que l'argent colloïdal était bactéricide. CHIRIÉ et MONIER-VINARD (8) démontrèrent la non-toxicité de l'argent colloïdal ; de plus, ROZIÈS vit que, non content d'être un antiseptique local inoffensif, il possède des propriétés sédatives et cicatrisantes. Les études qui démontrent le mécanisme intime par lequel sont provoqués et exaltés les pouvoirs de défense de l'organisme sont des plus intéressantes. CHIRIÉ et MONIER-VINARD mirent en évidence les propriétés que possède l'argent colloïdal de provoquer une hyperleucocytose considérable, et il a de plus un pouvoir catalytique qui provoque directement la création des anticorps. BOSSAN et MARCELET (9) étudièrent sur le lapin et sur l'homme le pouvoir phagocytaire du sang dans des conditions normales et après l'injection intramusculaire d'argent colloïdal sur les microbes suivants : streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, bactéridie charbonneuse, bacille de Loeffler, bacille d'Eberth, paratyphique A de Schottmüller, paratyphique B de Brion, bacille entéritique de Gartner. Ils arrivèrent aux conclusions suivantes : l'argent colloïdal augmente nettement les réactions défensives du sang, ce qui est démontré par l'augmentation du coefficient phagocytaire à l'égard des germes étudiés. LE FEVRE DE ARRIC (1) démontra qu'il existe une certaine spécificité dans l'influence de l'Electrargol sur la phagocytose des différents microbes : à l'égard du coli-bacille, l'injection intra-musculaire d'Electrargol sur les cobayes et sur les lapins exalte le pouvoir phagocytaire des globules blancs avec une élévation parallèle de l'indice opsonique. ALVAREZ (2) constate que l'injection d'argent colloïdal provoque en plus de l'hyperleucocytose, de l'éosinophilie. En tant qu'études plus complètes sur l'activité biologique des colloïdes, les suivantes peuvent encore être citées : GRENET, DROUIN et CAILLARD (3) mirent en lumière que l'injection intraveineuse d'un colloïde provoque une phase de leucopénie (choc hémoclasique) avec une polynucléose relative, la leucocytose n'apparaissant qu'au bout de 24 heures. DUHAMEL et THIEULIN (4) virent que dans l'ensemble des phénomènes qui suivent les injections intraveineuses de colloïdes non organiques, et qui sont groupés sous le nom de crise colloïdale, il faut distinguer une crise hépatique et une crise hématique. La crise hépatique se traduit par une réaction complète ayant pour siège initial le foie, dans lequel la majeure partie du liquide injecté se trouve rapidement rassemblée. Les modifications dont le foie est le siège peuvent être mises en évidence par l'étude des extraits vivants que procure l'autolyse en milieu aseptique. L'étude des sucs autolytiques du foie démontre que durant la crise colloïdale cet organe acquiert des propriétés antitoxiques énergiques qui ont été prouvées *in vivo* et *in vitro* sur les toxines du bacille pyocyanique, du bacille diphtérique et du streptocoque. La crise hématique est caractérisée par une modification dans le nombre, dans la quantité et dans la résistance des leucocytes et par une modification humorale comprenant une exaltation des fonctions agglutinatives et opsonisantes ; outre cela, pendant la crise colloïdale le coefficient phagocytaire s'élève sous la dépendance essentielle des propriétés opsonisantes du sérum.

L'argent colloïdal, en raison de ses propriétés démontrées par les recherches de laboratoire, a été utilisé comme topique (bactéricide, sédatif et cicatrisant) dans des plaies suppurantes des adéno-phlegmons, des mastites, des panaris, des furoncles, des hémorrhoïdes, des fistules anales, etc.. (ROZIÈS) (5). En outre, l'argent colloïdal a été utilisé en dermatologie, en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie. Mais il a été particulièrement utilisé contre les affections médicales : typhoïde, pneumonie, etc... et les affections chirurgicales, charbon, érysipèle, bactériémies variées, ostéo-myélite, etc... par la voie intra musculaire et intra-veineuse. L'usage de l'argent colloïdal est très répandu dans les affections gonococciques des organes génito-internes de la femme (métrite, salpingite, paramétrite, pelvi-péritonite), en particulier dans la période aiguë de ces maladies. Il serait aujourd'hui superflu de rappeler la littérature concernant la partie clinique de la colloïdothérapie.

Jusqu'en ces derniers temps, l'argent n'avait pas été expérimenté dans les inflammations séreuses. On a entrepris en 1920 d'utiliser l'Electrargol Clin dans la cure de l'hydarthrose chronique, en ponctionnant l'articulation de son exsudat et y injectant de l'argent colloïdal. Des résultats satisfaisants furent obtenus et décrits par mon assistant, le Dr CONTI (6).

(1) Voir R. BENON. — *L'alcoolisme cérébral*, Paris, 1924, édit. G. Doin.

(2) « L'argento colloïdale nel peritoneo all'atto della laparotomia per lezioni suppurative degli annessi ». Communication faite à la séance de la Société médico-chirurgicale de Romagne, du 24 février 1924.

(3) COHN, BAYER et BRUNER. — *Fortschrift der Med.*, 1980, 586.

(4) PINTO et MARQUES DOS SANTOS. — *Movimento medico*, Coimbre. 1905.

(5) CERNOVODEANU et HENRI. — Soc. de Biol., 21 juillet 1906, Paris.

(6) CHARRIN. — Soc. de Biol., Paris, 19 janvier 1907.

(7) FOA et AGAZZOTTI — *Giornale della R. Acad. di Medicina di Torino*, vol. XII, année LXX, fasc. 5-6.

(8) CHIRIE et MONIER-VINARD. — Soc. de Biol., Paris, 22 déc. 1906.

(9) BOSSAN et MARCELET. — *Annales des Laboratoires Clin*, n° 2, 1909.

(1) LE FÈVRE DE ARRIC. — *Travaux de l'Institut de thérapeutique de Bruxelles*, vol. XII, 1913-14.

(2) ALVAREZ. — Thèse de Paris, 1920.

(3) GRENET, DROUIN et CAILLARD. — *Gaz. des Hôp. de Paris*, n° 35, 1921, p. 549.

(4) DUHAMEL et THIEULIN. — *Ann. des Laboratoires Clin.*, n° 4, 1921.

(5) ROZIÈS. — *Progrès médical*, 3 janv. 1914.

(6) CONTI (L.) — L'argent colloïdal en injections intra-articulaires dans la cure de l'hydarthrose. *Rebista osedaliera*, Rome 1921, vol. II, n° 4-5.

© BIU Santé

La longue habitude que je possède de l'étude et de l'observation du péritoine, de sa résistance congénitale et acquise à l'égard des affections, du traitement de la péritonite circonscrite et diffuse, affection sur laquelle a porté mon activité depuis une vingtaine d'années, m'a suggéré l'expérimentation de l'argent colloïdal dans le processus inflammatoire aigu du péritoine. Une telle tentative était justifiée, en outre, par les résultats de mes recherches de pathologie expérimentale (1), qui m'avaient démontré que la résistance du péritoine aux infections s'exaltaient proportionnellement à l'augmentation de la chimiotaxie positive et de la phagocytose. Cette tentative était justifiée, d'autre part, par les propriétés décrites de l'argent colloïdal : bactéricide, non toxique, sédatif, cicatrisant, stimulant de la leucocytose dans le sang, mais, plus que tout, excitant précisément de la phagocytose et de l'indice opsonique. La connaissance de la crise colloïdale (crise hépatique et crise hématique) décrite par DUHAMEL et THIEULIN, mise en rapport avec l'extraordinaire pouvoir d'absorption du péritoine (ainsi qu'il résulte des recherches de RECKLINGHAUSEN, LUDWIG, MAFFUCCI, MUSCATELLO, DELBET, CLAIRMONT, ROUSSIEL, etc...) me conduisirent à admettre que, non seulement l'introduction d'Electrargol dans le péritoine ne pouvait avoir aucun inconvénient pour le malade, mais que cette introduction par l'intermédiaire de la séreuse mettrait l'organisme en condition de jouir des propriétés phagocytogènes du colloïde, la phagocytose devant se manifester plus activement et plus facilement dans cette séreuse, et le malade bénéficiant en même temps de la crise colloïdale (2). De là découlerait une aide notable pour vaincre un processus infectieux existant déjà dans le péritoine ou menaçant la grande séreuse à la suite des manœuvres nécessitées par les interventions chirurgicales pour infection septique de la cavité.

Ainsi, en 1920, dans divers cas de péritonite purulente diffuse (venant de perforations typhiques d'origine hématique dans la convalescence de pneumococcies d'origine annexielle) la laparotomie fut décidée et pratiquée, j'agis chirurgicalement selon les exigences de chacun des cas considérés. Après une toilette soignée, pratiquée avec de la gaze stérile, j'ai versé dans la séreuse 2 ou 3 ampoules d'Electrargol Clin et j'ai suturé *in toto* la paroi abdominale, sans drainage. Chez ces malades, non seulement il n'y eut aucun incident, mais la guérison s'obtint avec des résultats post-opératoires très faciles et très brillants.

Je publie ici les graphiques des températures post-opératoires de ces opérés.

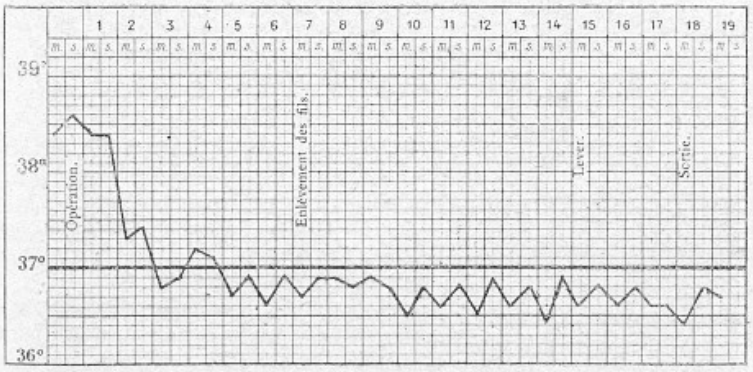


FIGURE 1.

1° *Perforation typhique de la dernière anse de l'intestin grêle. Péritonite purulente diffuse.* — Réaction de Widal positive. Z...A... m., âgé de 7 ans, originaire de Forli, 29 mai 1920. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Entérorraphie. Détersion soignée du péritoine. Introduction de deux ampoules d'Electrargol dans la région iliaque droite du péritoine. Suture complète de la paroi. Guérison *per primam*.

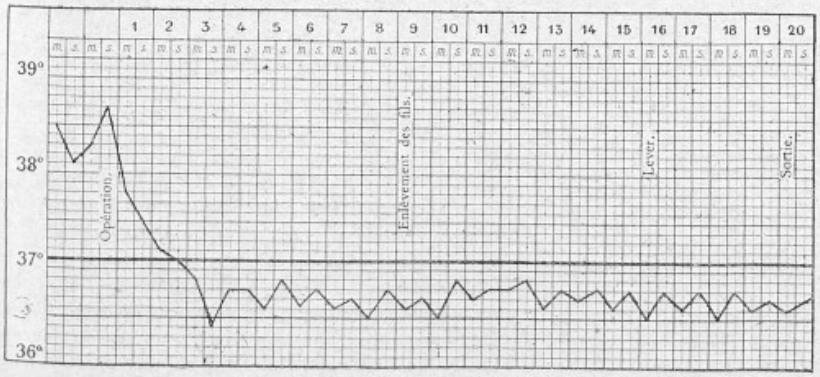


FIGURE 2

2° *Péritonite purulente diffuse d'origine hématique (diploccocique en convalescence de pneumonie lobaire)*. — L... P..., 20 ans. Originaire de Dovia 17 novembre 1920. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Détersion soignée du péritoine. Introduction de trois ampoules d'Electrargol Clin dans la séreuse. Suture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

(1) SOLIERI (S.). — *Il Policlinico ? Sez Chir.*, Roma, 1902 : *Mitteilungen au den Grenzg. der Med. und Chir.*, Bd. 27, H. 5, 1914, Jena.

(2) Le Dr PANTALEONI, assistant de la Section Médicale, s'est donné pour but d'étudier l'action biologique locale et générale de l'Electrargol injecté dans la séreuse péritonéale saine et enfermée.

© BIU Santé

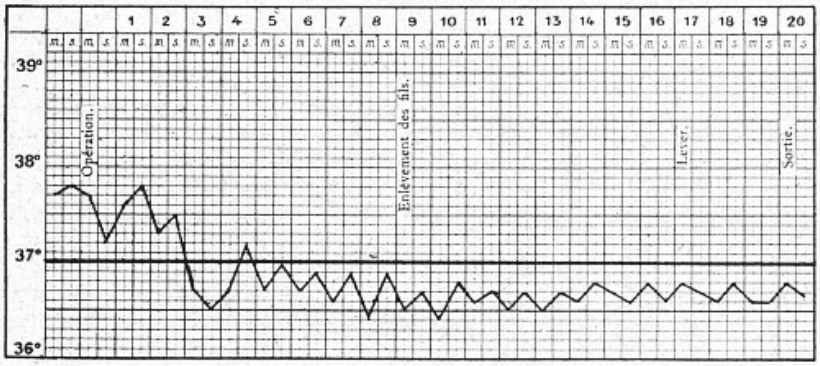


FIGURE 3.

3° *Péritonite séro-purulente diffuse d'origine annexielle.* — B. A..., originaire de Marradi, 2 décembre 1920.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin dans le péritoine. Suture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

La clinique pratique a démontré qu'il n'est pas prudent d'opérer au premier instant les femmes affectées de lésions suppuratives aiguës des annexes avec poussée fébrile, car le danger de péritonite purulente diffuse ou bactériémie est grave dans de telles conditions et se produit fréquemment à la suite de l'intervention. L'argent colloïdal, administré par voie intramusculaire (injection d'une ampoule d'Electrargol par jour pendant 20 ou 30 jour) est efficace pour refroidir l'infection, au point de faire que l'intervention puisse être alors bien tolérée ; de plus, j'ai adopté la pratique d'introduire l'Electrargol dans la séreuse au cours de l'acte opératoire. Dans ces conditions, des femmes atteintes de lésions suppuratives des annexes purent être opérées dès le début de la période fébrile, du moins dans les cas où, par suite de différentes circonstances, il était nécessaire d'opérer d'urgence sans période de refroidissement et dans lesquels la diffusion du pus au cours de l'acte opératoire faisait craindre une grave inoculation septique de la séreuse. Dans tous ces cas l'on a pratiqué une injection sous-cutanée quotidienne d'Electrargol pendant les 5 ou 6 premiers jours après l'opération. J'ai reproduit ici les courbes thermiques des divers opérés de ce genre avec une brève description de l'intervention chirurgicale et du décours post-opératoire. Je ne puis, pour les raisons d'édition, reproduire ici tous les graphiques que j'ai à ma disposition.

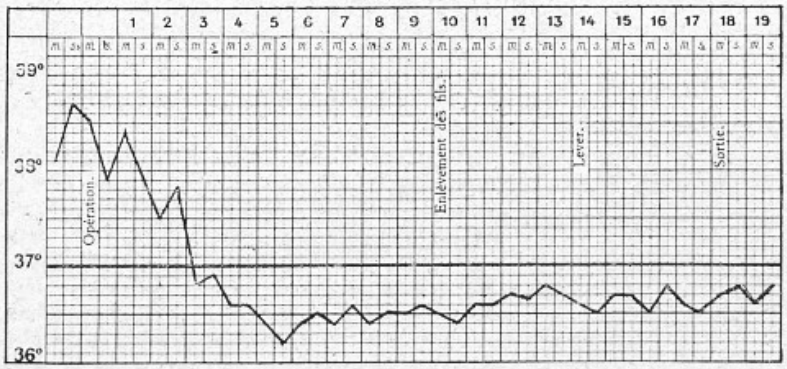


FIGURE 4

4° *Salpingite purulente bi-latérale. Utérus fibromateux, péri- et paramétrite.* — Z... A..., 36 ans, originaire de Ravenna, 10 mai 1921.

Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale, annexes transformées en poches purulentes, adhèrent au corps de l'utérus qui porte des fibromes de différentes grosseurs. Granulie diffuse des organes abdominaux. Hystérectomie sub-totale. Détersion soignée du péritoine. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin dans la séreuse, suture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

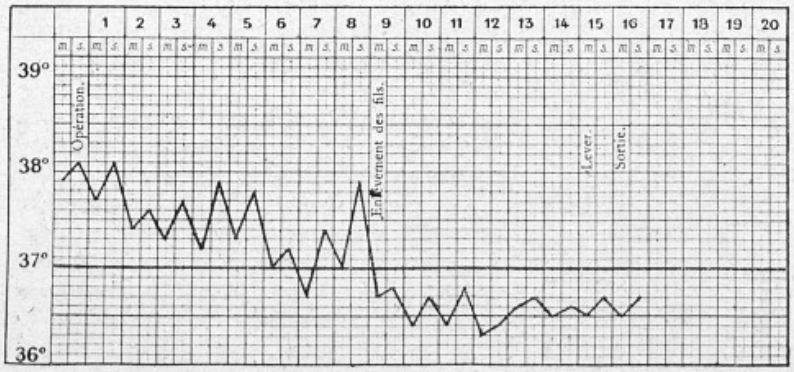


FIGURE 5.

5° *Salpingite droite. Abcès du paramètre droit. Rétroversion de l'utérus* — Z. M..., 24 ans, originaire de Forlì, 11 avril 1922.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous ombilicale. Libération de nombreuses adhérences, amputation des annexes droites, ponction de l'abcès, laparo-hystéropexie. Détersion soignée du petit bassin souillé de pus. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Suture complète de la paroi. Guérison *per primam*.

© BIU Santé

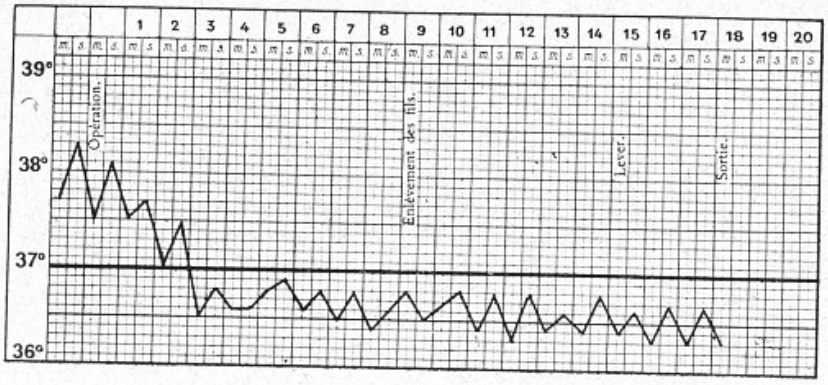


FIGURE 6.

6° *Salpingite purulente bi-latérale. Rétroversion symptomatique de l'utérus* — G. R..., 23 ans, originaire de Forli, 26 juillet 1922.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale, dissociation de l'utérus et des annexes adhérentes à l'anse sigmoïde et à l'intestin grêle. Les deux trompes, transformées en deux sacs de pus et dirigées vers l'avant, sont fixées dans le Douglas. Hystérectomie sub-totale avec section médiane de l'utérus. Détersion soignée du péritoine. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Suture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

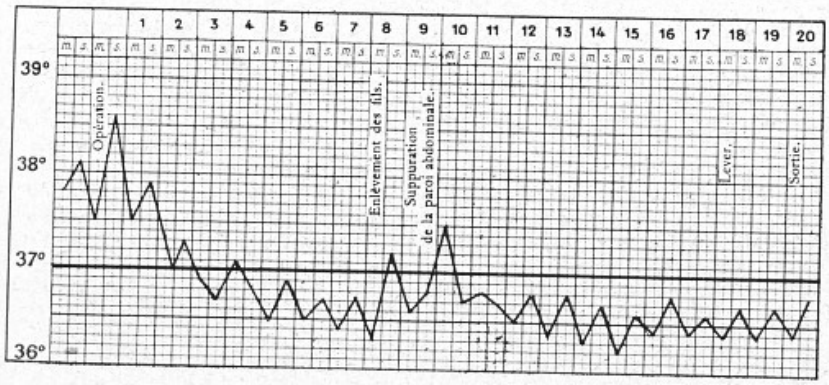


FIGURE 7.

7° *Salpingite purulente bi-latérale, Pelvi-péritonite purulente enkystée.* — S. M..., 30 ans, originaire de Forli, 17 octobre 1922.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les trompes sont transformées en deux gros sacs pleins de pus. Le gros intestin et l'anse sigmoïde adhérents délimitent une volumineuse collection purulente. Dissociation des adhérences, ponction de la collection purulente. Hystérectomie sub-totale par le procédé d'hémisection du corps utérin. Détersion soignée du péritoine. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Suppuration modérée de la paroi abdominale. Guérison.

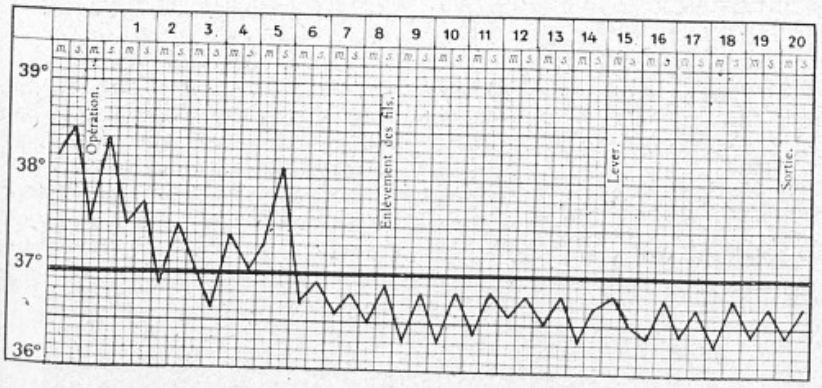


FIGURE 8.

8° *Salpingite droite purulente. Rétroversion symptomatique de l'utérus, métrite.* — Z, M..., 29 ans, originaire de Forli 13 janvier 1923.

Rachianesthésie. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Les annexes sont rejetées en avant dans le Douglas. Adhérence solide de l'anse sigmoïde au corps de l'utérus rétroversé. Au cours de la dissociation, l'anse sigmoïde se déchire ; entérorraphie transversale. La trompe droite est transformée en un sac de pus. On ponctionne un abcès circonscrit par les adhérences. Hystérectomie sub-totale. Détersion soignée du péritoine et introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin dans le petit bassin. Suture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

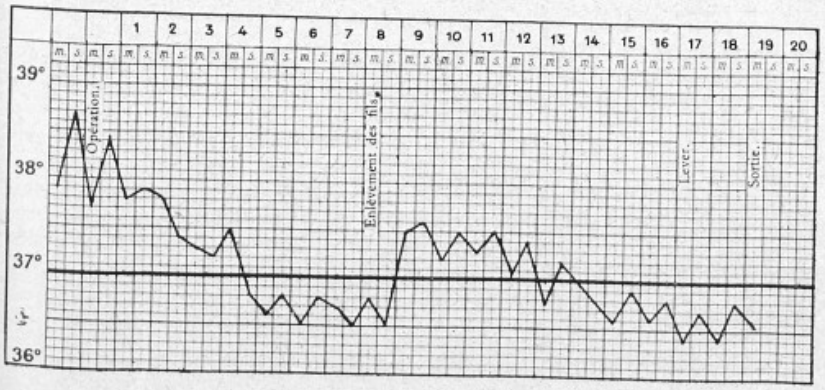


FIGURE 9.

9° *Annexite bi-latérale purulente et para-métrite. Appendicite.* — P. S..., 22 ans, originaire de Forli, 7 mars 1923.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous ombilicale. Les annexes sont transformées en deux volumineuses poches purulentes, dont la droite est rejetée en avant et adhère à la vessie. Dissociation rendue très difficile par la présence d'adhérences nombreuses et ténues ; le pus se répand dans le bassin. Hystérectomie sub-totale. Toilette soignée du champ opératoire. Introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Fermeture totale de la paroi abdominale sans drainage. Guérison *per primam*.

© BIU Santé

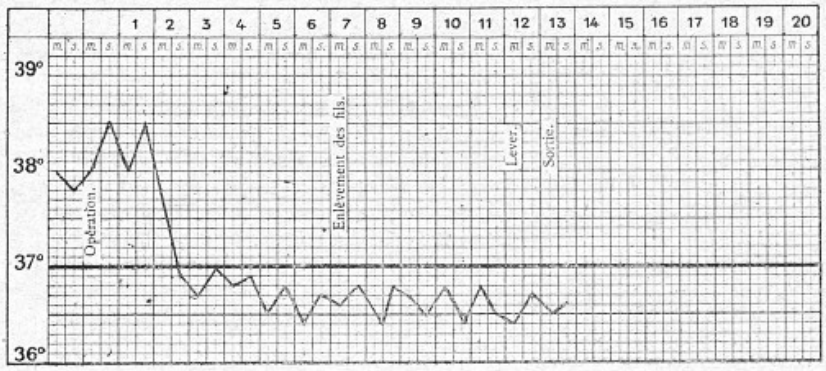


FIGURE 10.

10° *Salpingite purulente droite, Péritonite pelvienne* — N. I., 40 ans originaire de Forli, 18 juin 1923.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale, La trompe droite à pris le volume d'une grosse orange, est tordue sur elle-même, rejetée en avant et fixée dans le Douglas. Péritonite séro-purulente secondaire du petit bassin. Amputation de l'annexe droite, toilette soignée du péritoine. Introduction de deux ampoules d'Electrargol. Suture complète de la paroi abdominale sans drainage. Guérison *per primam*.

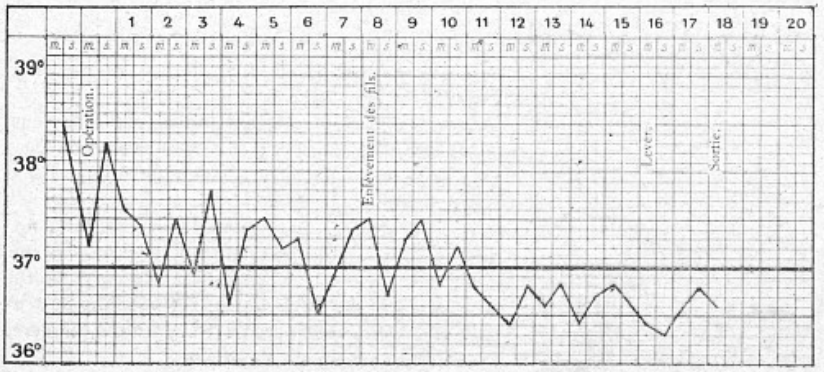


FIGURE 11

11° *Kyste ovarien suppuré, rompu dans le péritoine. Péritonite diffuse séro-purulente.* G. E..., 43 ans, originaire de Forli.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Un kyste ovarien du volume d'une grosse orange attenant à l'ovaire droit est rompu; les parois sont inspectées et sphacélées en quelques points ; il n'y a pourtant pas torsion du pédicule. Thrombose des vaisseaux. Péritonite diffuse séro-purulente. Extirpation laborieuse du kyste qui adhère dans le Douglas. Détersion soigneuse et minutieuse du péritoine. On introduit dans l'abdomen deux ampoules d'Electrargol, Fermeture complète de l'abdomen *in primo tempo* Guérison *per primam*.

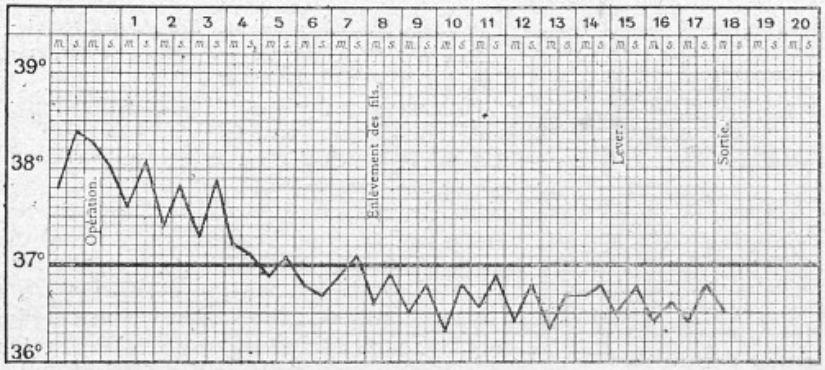


FIGURE 12.

12° *Salpingite droite purulente. Appendicite aiguë.* G. A..., 30 ans originaire d'Imola, 10 février 1924.

Rachianesthésie. Laparotomie de la paroi médiane sous ombilicale droite. La trompe droite présente des nodosités et adhère au péri-salpinx. Pendant la dissociation, une collection purulente située à l'insertion de la trompe sur l'utérus s'ouvre; le pus se répand dans le petit bassin. L'appendice, en position infero-interne, est phlegmoneux. Salpingectomie ; appendicectomie. Toilette soignée du péritoine. On introduit dans le bassin deux ampoules d'argent colloïdal.

Fermeture complète de la paroi abdominale. Guérison *per primam*.

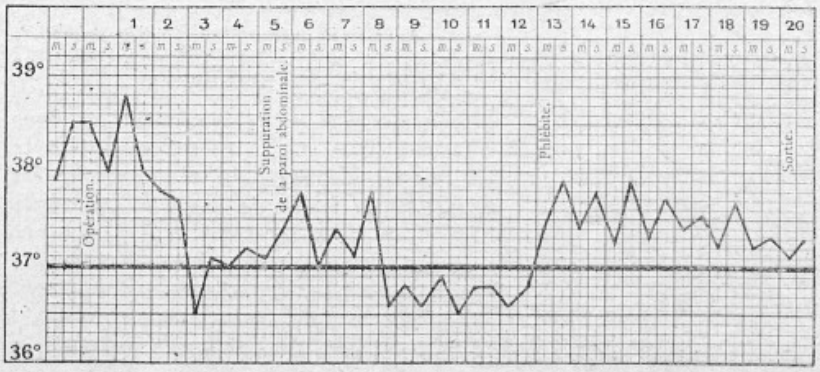


FIGURE 13.

13°. *Salpingite purulente droite. Kyste de la trompe gauche, appendicite aiguë.* — B... G..., 30 ans originaire de Forli (30 janvier 1924) ;

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes sont rejetées en avant dans le Douglas et y sont fixées. La trompe gauche est kystique et peut être extraite sous la séreuse. La trompe droite, transformée en une poche grosse et longue, tordue, pleine de pus, est adhérente à l'ovaire qui est lui même transformé en un sac purulent. L'annexe droite est extirpée en bloc, et durant cette extirpation du *pus* se répand dans le petit bassin. L'appendice est phlegmoneux et dirigé vers la ligne médiane. Appendicectomie. Détersion du péritoine, avec de la gaze stérilisée ; introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Suites post-opératoires normales en ce qui concerne le péritoine. Le 5e jour, suppuration moyenne de la paroi, et le 13e jour phlébite fémorale de la cuisse gauche sans gravité.

© BIU Santé

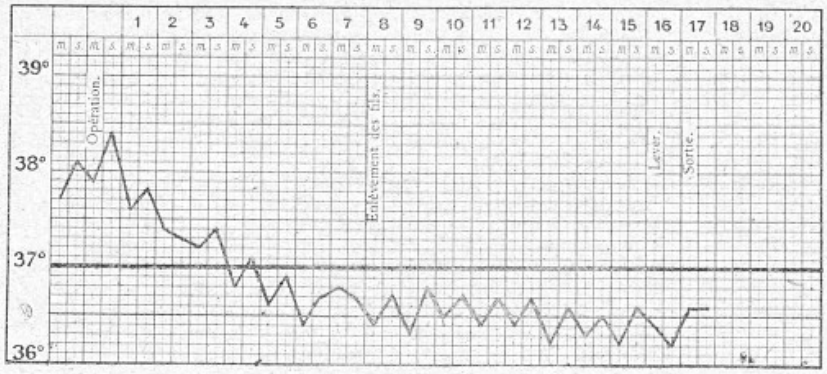


FIGURE 14.

Ce qui m'a impressionné, ainsi que mes assistants, c'est la grande facilité avec laquelle ces malades, dès les premiers jours, ont supporté des situations post-opératoires qui, par la gravité de l'état général dans lequel on était intervenu, par la complexité de l'acte chirurgical, la solidité des adhérences, parfois la lacération des viscères creux, par l'épanchement de pus virulent, par la suppression de tout drainage, étaient incontestablement critiques et dans lesquelles on pouvait craindre la possibilité de péritonite généralisée ou d'infection généralisée. Au lieu de cela, absence absolue de tout phénomène relatif à une réaction péritonéale, euphorie, réaction thermique moyenne, urine abondante et normale, même dans des cas où la virulence des germes était assez élevée pour donner lieu à une suppuration secondaire de la paroi abdominale et aussi parfois à des phlébites de la fémorale. Je dois dire que, selon une théorie décrite depuis longtemps par moi et mon école, nous avons coutume de fermer l'abdomen du premier coup sans drainage dans beaucoup de cas de péritonites purulentes circonscrites ou plus ou moins diffuses, et que nous obtenons généralement par la suite, des résultats satisfaisants et des guérisons *per primam* ; mais je ne crains pas d'affirmer que ceux que nous avons obtenus dans les cas précédemment décrits sont parmi les plus brillants et les plus nets, car dans ces cas, le danger d'explosion péritonitique post-opératoire était à son maximum et que nous nous sommes fiés et non en vain à l'argent colloïdal introduit dans le péritoine.

Alors que j'avais fait cette communication à la Société médicale de Romagne et que je mettais en ordre les matériaux nécessaires à la rédaction de la présente note, j'ai lu dans un mémoire de BAUDET (1) la relation de deux observations intéressantes dans lesquelles l'auteur fit usage de l'Electrargol dans le péritoine.

I. *Kyste hématique et infecté de l'ovaire. Laparotomie. Septicémie péritoneale. Guérison.* M... B..., 32 ans, originaire de Montauban, 10 février 1909.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le kyste, du volume d'une tête d'adulte, intra-ligamenteux, s'ouvrit au cours du décollement du péritoine et laissa échapper du pus hémorrhagique fétide. Hystérectomie totale selon le procédé de Kelly. Drainage tubulaire vagino-abdominal. Le jour qui suivit l'opération, on introduisit à travers les tubes du drainage 200 cc. d'Electrargol dans le péritoine. On continua ensuite pendant plusieurs jours l'administration intraveineuse d'Electrargol. — L'auteur ne semble pas, dans cette observation, accorder grande importance à l'introduction d'argent colloïdal dans le péritoine.

II. *Salpingite streptococcique droite. Kyste multi-loculaire de l'ovaire droit.* M... B..., 30 ans, originaire de Villefranche. 25 nov. 1909.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Durant les manœuvres nécessaires pour extraire la trompe, celle-ci se rompit et le pus qu'elle contenait souilla le péritoine. Drainage tubulaire appliqué à l'angle inférieur de la plaie et par lequel on introduisit dans le péritoine 20 cc. d'Electrargol. Durant les 6 jours qui suivirent on introduisit également chaque jour 20 cc. d'argent colloïdal en injection intraveineuse.

(1) BAUDET. — De l'emploi de l'Electrargol contre les grandes infections chirurgicales (*Archives méd. de Toulouse*, N°s 13, 14, 15, 16, 1910).

14° *Kyste ovarien bilatéral suppuré.* — C... R..., 44 ans, originaire de Russie, 24 février 1924.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A gauche un kyste ovarien libre, de petit volume. A droite un kyste gros comme un petit melon, intra-ligamenteux avec de nombreuses et solides adhérences à l'intestin grêle. Au cours de la dissociation, du pus a été répandu. Ovariectomie bi-latérale. Toilette du péritoine avec de la gaze stérilisée : introduction de deux ampoules d'Electrargol Clin. Suture complète de la paroi abdominale sans drainage. Guérison *per primam*.

Le malade eut des suites post-opératoires très favorables, tout à fait apyrétiques, alors que l'examen biologique avait montré dans le pus de la trompe du streptocoque en culture pure.

L'auteur, assez étonné de la grande quantité de liquide séreux, trouble, non fétide qu'on aspirait matin et soir avec une sonde de Nélaton introduite dans le tube de drainage, crut pouvoir reconnaître dans une telle quantité de liquide la preuve de la défense péritonéale par la mobilisation leucocytaire qu'avait dû provoquer l'Electrargol.

Ce décours post opératoire, en tenant compte du fait que l'abdomen fut laissé ouvert et drainé, alors que nous avons toujours refermé la paroi abdominale, montre combien simples et favorables furent les observations cliniques de nos opérés, l'auteur lui-même s'en montre émerveillé.

Il y a lieu de s'étonner que l'usage de l'argent colloïdal dans le péritoine, après laparotomie pour lésions septiques, n'ait pas été adopté sur une plus vaste échelle à la suite de mes constatations.

DEUXIÈME CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

(ROME, 24-26 avril 1924).

La vaccinothérapie dans les affections de l'appareil urinaire.

DEUXIÈME QUESTION (*Suite*).

Deuxième rapport. — Prof. Léonard S. DUDGEON (Londres).

Mes observations se borneront à des expériences personnelles dans le traitement des infections que l'on rencontre le plus souvent ou qui possèdent une importance spéciale.

La cause la plus fréquente et la plus importante de l'inflammation du canal urinaire, c'est le coli-bacille.

Pendant ces trois dernières années, en collaboration avec mes collègues WORDLEY et BAXTRÉE, j'ai fait à ce sujet des recherches nombreuses, publiées dans le *Journal of Hygiene*. Nous avons trouvé que les coli-bacilles sont la cause de ces infections hémolytiques ou non hémolytiques, et que les bacilles hémolytiques se rencontrent le plus souvent dans les infections des mâles, les infections non hémolytiques dans celles des femelles, bien que les coli-bacilles hémolytiques s'observent plus fréquemment parmi les femelles dans les cas aigus. Le groupe hémolytique peut se reconnaître beaucoup plus facilement avec les anti-sera que le groupe non hémolytique.

A l'aide de l'épreuve hémolytique et anti-sera préparés avec des lapins, il a été possible dans un certain nombre de cas d'identifier un coli-bacille du côlon, isolé des feces, avec le coli-bacille de l'urine d'un même sujet.

© BIU Santé

L'A. a préparé des coliantigènes formalinés et le sérum d'individus normaux et ceux de sujets souffrant d'infections du côlon, du canal urinal, avant et après un traitement thérapeutique vaccinal ont été examinés afin de constater la présence des agglutinines. On a trouvé qu'avec les sérums d'individus normaux, environ 20 p. cent réagissent, jusqu'à la limite arbitraire adoptée par nous, tandis que dans les cas d'infection coli-bacillaire certaine, 60 à 70 pour cent montrent une réaction positive. Cependant avec les méthodes employées par nous on n'obtient pas souvent une forte réaction, et même les sujets qui ont été traités une fois, ou plus d'une fois, par la thérapeutique vaccinale, peuvent montrer dans leur sang une très faible réaction d'agglutinine.

Les expériences avec les animaux ont démontré qu'avec les colibacilles vivants qui furent facilement tolérés, des agglutinines se formaient dans le sang beaucoup plus facilement que ce n'était le cas avec les vaccins tués soit par la chaleur soit par le formol.

Ces recherches indiquent qu'il est nécessaire d'employer des vaccins autogènes ou des vaccins préparés avec des bacilles appartenant au même groupe que le bacille isolé de l'urine infectée, dans les cas d'infection par le coli. Voici un résumé de mes expériences :

1° La thérapeutique vaccinale est inutile dans la bacillurie pure ;

2° Les meilleurs résultats s'obtiennent dans les « premières attaques » des infections aiguës avec des doses de 25 millions jusqu'à 2 milliards à intervalles d'une semaine ;

3° Dans les cas chroniques la vaccinothérapie échoue le plus souvent. Les symptômes peuvent bien être atténués, mais l'urine reste infectée. On peut dans ces cas employer des doses plus grandes que dans les cas aigus, et on risque beaucoup moins en augmentant rapidement les doses ;

4° Il est nécessaire d'employer un vaccin de coliautogène, ou un vaccin provenant du même groupe ;

5° L'aggravation des symptômes au cours du traitement par vaccins fait croire qu'il existe un foyer inflammatoire plus ou moins renfermé. Dans les cas semblables il est bon de sonder les uretères, afin de pouvoir constater s'il existe une néphrite septique unilatérale. La thérapeutique vaccinale est inutile dans de tels cas : elle peut même être définitivement nuisible.

Dernièrement j'ai enregistré mes observations sur l'infection du canal urinal due au bacille hémolytique, lequel fermente le lactose, mais n'influe pas sur le saccharose. Chaque effort a réagi avec un anti-sérum.

Ce bacille produit une infection aiguë avec des symptômes généraux aggravés d'un caractère infiniment plus grave que ce qui arrive d'habitude dans la fièvre colibacillaire et des cas analogues ont été pris pour la paratyphoïde. Des 55 cas rencontrés jusqu'ici, aucun n'est passé à l'état chronique, ce qui diffère des vraies infections du côlon. Ces malades sont hypersensibles aux vaccins, lesquels, si on les emploie dans les phases aiguës de la maladie, doivent être employés avec une très grande précaution.

Les infections du bacille proteus, lesquelles peuvent être soit aiguës, soit chroniques, mais le plus souvent sont chroniques, peuvent être améliorées par un traitement vaccinal commençant par des doses de 25 millions, par les cas aigus, et augmentant le dosage peu à peu à des intervalles d'une semaine, tandis que dans les cas chroniques on donne des doses qui varient entre 50 et 2.000 millions à des intervalles d'une semaine.

Dans les infections streptococciques et staphylococciques pures la thérapeutique vaccinale peut avoir une valeur définitive ; mais on devrait limiter ce traitement à des cas de pyurie longue ; l'un ou l'autre de ces organismes est présent dans l'urine comme pure culture.

Pour la préparation de tous ces vaccins, j'emploie 0.1 pour cent de formaline à 37° C pendant 24 heures. Par ce moyen j'ai constaté que l'action locale et l'action générale toxiques sont absentes ou considérablement diminuées, et l'on peu facilement employer des doses assez fortes (3.000 millions).

Je n'ai obtenu aucune preuve que la thérapeutique vaccinale ait été avancée par l'introduction des vaccins rendus sensibles, ni par l'administration de « doses massives » de vaccins non toxiques ou d'extraits bactériens.

Troisième rapport. — MM. Professeur Th. Rowsing et Ovet Wulff (Copenhague).

Après un historique de la question, les A. rapportent leurs recherches personnelles. Ils ont utilisé dans tous les cas un vaccin autogène préparé avec les microbes recueillis dans les urines du malade. L'urine est recueillie aseptiquement, les cultures obtenues sont transportées sur agar émulsionné dans l'eau salée à 9 %. Cette émulsion est chauffée à 55° pendant une heure et sa stérilité est vérifiée par des inoculations expérimentales. La standardisation est obtenue par la méthode numérique de Leishann ou mieux par la diaphanométrie de Wulff.

L'injection du vaccin est faite par voie sous-cutanée bien que la voie intraveineuse paraisse plus efficace mais aussi plus dangereuse.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats du traitement, nous voyons que, que sur 259 malades, 92, soit environ 35 %, guérirent, 103 ou 40 % environ furent améliorés et 64 ou 25 % environ n'en retirèrent aucun effet, autrement dit que les trois quarts des cas profitèrent du traitement et que plus d'un tiers des cas guérirent.

Pour être juste à l'égard de la vaccinothérapie et de son action, il convient pourtant d'éliminer les malades qui ne s'y prêtent pas, tels que les 17 calculeux qui ne purent être opérés, ou encore tout le dernier sous-groupe de notre dernière division (30 malades) ; on devrait peut-être en éliminer d'autres, appartenant aux cas les plus compliqués, mais nous n'insisterons pas sur le droit d'opérer ce nouveau triage. Pour fonder notre jugement, il nous reste donc 222 cas ayant donné 88 guérison ou 40 %, 100 améliorations ou 45 % et 34 résultats négatifs ou 15 % ce qui démontre que la vaccinothérapie se montre efficace dans 85 % des cas. Si, à titre comparatif, nous réfléchissons maintenant que sur 92 cas, Schneider obtint 74 % de guérisons ou d'amélioration, Wossidlo, 75 % et Forselius 85 % sur 81 cas, nous voyons que ces chiffres concordent suffisamment entre eux pour que nous soyons en droit de considérer nos propres résultats comme l'expression des effets engendrés par la vaccinothérapie sur les infections urinaires. Pour finir, nous préciserons encore une fois notre manière de voir relativement à l'action du vaccin dans les infections urinaires.

Le traitement se montre efficace chez les malades présentant des crises fébriles récidivantes, soit en abrégeant la crise et déterminant, à la suite de la vaccination, une chute de la température, soit en amenant la disparition des crises ou bien d'un coup ou bien en rendant les crises courtes et moins violentes, en attendant de les faire entièrement disparaître.

On observe de plus une amélioration frappante dans l'état général, souvent très grave, des malades.

L'efficacité du traitement se reconnaît enfin aux urines qui s'éclaircissent progressivement. L'albuminurie éventuellement existante disparaît le plus souvent. La pyurie disparaît entièrement dans 38 % des cas et diminue manifestement dans 47 % des cas mais la bactériurie demeure sans changement dans 62 % des cas.

Il faut néanmoins observer que, pour des causes à peu près imprévoyables, 15 % des malades environ se montrent réfractaires à la vaccinothérapie. Quant à l'emploi du vaccin à titre prophylactique, avant les opérations devant porter sur une zone infectée des voies urinaires, notre expérience n'est pas suffisamment étendue pour que nous puissions exprimer une opinion ferme à ce sujet. Mais il n'y a aucune raison de s'interdire ce moyen ; il est même plutôt indiqué d'y recourir largement.

Quatrième rapport. — M. Prof. Pirondoni (Rome).

Dans les applications à l'urologie (comme du reste dans toutes les autres) on doit donner aujourd'hui à la vaccinothérapie son sens le plus ample : celui d'immunothérapie.

En urologie, l'immunothérapie peut avoir, avant tout, un but prophylactique, par exemple, au moment d'une opération chirurgicale afin d'améliorer les conditions en ce qui concerne l'état général et la flore microbienne locale. D'aucuns voudraient l'étendre au cathétérisme urétéral (d'autres préfèreraient obtenir ce résultat par des injections intraveineuses d'urotropine), l'expérience est encore trop limitée.

En urologie, l'immunothérapie peut prendre une plus grande importance pour la guérison de la maladie, mais à condition que l'appareil urinaire soit entièrement dépourvu de tout corps étranger (calculs) ou obstacle mécanique. Dans ces cas, l'immunothérapie ne pourrait atteindre qu'un résultat incomplet ou, de toute façon, temporaire, tout au plus utile au point de vue prophylactique encore, ou bien l'immunothérapie pourrait avoir un but complémentaire par rapport à l'acte opératoire fondamental : toutefois, ce dernier but est certainement peu important car l'obstacle mécanique ayant été supprimé, l'infection placée au-dessus tend à diminuer spontanément ; en outre, l'acte opératoire même de cette suppression, en raison du drainage de la vessie ou du bassinet dont il est souvent suivi, peut également être directement curatif pour l'infection secondaire.

© BIU Santé

En urologie, l'immunothérapie a une importance tout à fait spéciale dans les formes par B. coli, ces infections étant les plus fréquentes.

Elle a eu et aura des applications de plus en plus étendues dans les infections urinaires de l'enfance d'autant plus que dans ces cas, les traitements locaux sont d'une exécution plus difficile, parfois même impossible.

Elle a aussi une grande valeur dans les pyélo-néphrites de la grossesse où la persistance de l'obstacle mécanique ne semble pas limiter de beaucoup les succès, bien que, d'après les recherches actuelles, elle pourrait donner un résultat plus complet que dans les autres formes.

D'une façon générale, l'efficacité de l'immunothérapie est d'autant plus probable et plus grande que le début de l'infection est récent et que les conditions générales sont bonnes.

Dans les septicémies d'origine urinaire l'immunothérapie peut être tentée avec succès, d'autant plus que beaucoup d'infections urinaires locales qui, peu de temps auparavant, étaient considérées comme purement locales, sont conçues de nos jours comme des localisations secondaires de vraies bactériémies.

Cependant, dans les grandes septicémies urinaires, la valeur de l'immunothérapie est encore fort discutée aujourd'hui et la modalité préférable est encore douteuse. De même, sa valeur est discutable dans les cas chroniques.

Il est fort probable que pour l'efficacité de l'immunothérapie, il n'y a pas de différence fondamentale des succès entre organe et organe (par exemple entre vessie et bassinet, comme certains le croient), et, qu'au contraire après avoir éliminé les causes d'insuccès susdites, les différences se rapportent plutôt à des degrés divers de localisation et d'atténuation pour en arriver à l'efficacité nulle dans certaines bactériuries typiques, dans lesquelles les germes se trouvent comme à l'état saprophyte, presqu'en dehors de l'organisme, et vivant dans des urines ou sur des muqueuses moins vascularisées qu'à l'état normal, peut-être parce qu'elles sont altérées.

L'immunothérapie agit souvent beaucoup plus sur les phénomènes généraux que sur les altérations urinaires.

D'une façon générale dans les cas où les germes ont une virulence pour ainsi dire intermédiaire, l'immunothérapie a une utilité plus grande.

Cela explique les différences de jugement sur la valeur de l'immunothérapie dans l'urologie.

Ceux qui lui refusent toute valeur ont le tort de se baser sur les insuccès dans des cas d'extrême chronicité ou réfractaires où l'immunothérapie fut l'extrema ratio.

Mais ils peuvent, au contraire, avoir raison en affirmant et en opposant à ceux qui en sont les partisans qu'en beaucoup de cas (en général trop légers pour ainsi dire), la guérison serait également advenue spontanément (objection qui fut surtout adressée aux formes par B. coli en général et aux formes gravidiques dont la plupart sont aussi par coli).

Le fait d'avoir appliqué l'immunothérapie à des cas extrêmes en date et en gravité limite beaucoup les jugements sur sa valeur, même ceux basés sur les statistiques les plus importantes qui finissent par se subdiviser en petits groupes très divers, trouvant le signe de l'infection et la nature bactériologique.

Il est par suite nécessaire en urologie d'ajouter à l'immunothérapie les traitements locaux. L'immunothérapie a, par rapport à ceux-ci, une action préparatrice et les rend plus tolérables. Malheureusement, même l'adjonction de traitements locaux contribue à compliquer grandement le jugement sur l'efficacité de l'immunothérapie. Il y a cependant des cas dans lesquels l'immunothérapie fut tentée seule, enfin, et d'autres où seule elle amena enfin la guérison.

Le jugement sur l'immunothérapie en urologie est fortement compliqué non seulement par la grande variété des cas dans lesquels elle fut tentée et par l'application simultanée d'autres traitements directs locaux, mais aussi par une étude insuffisante bactériologique de beaucoup de cas publiés et par la façon diverse de comprendre la guérison de la part des différents auteurs.

Certains la comprennent au sens clinique en considérant comme guéris même des cas où persistent une bactériurie et même une pyurie microscopique ; d'autres, au contraire au sens vraiment complet et scientifique comme la comprend le bactériologue.

Le développement où les modifications de plus en plus nombreuses de l'immunothérapie compliquent encore la question. La vaccinothérapie spécifique et l'auto-vaccinothérapie tendent à être remplacées par les vaccins profondément modifiés (atoxiques) pour lesquels le principe de la spécificité commence à être problématique, et par les vaccins spécifiques et la protéinothérapie. L'administration des petites doses par voie sous-cutanée ou intramusculaire tend à être remplacée par la voie endoveineuse. La méthode de la modification graduelle et progressive est remplacée par celle de l'action immédiate jusqu'à la véritable interruption par crise même au prix d'une grande réaction. Les tentatives d'immunothérapie spécifique faites jusqu'à présent en urologie sont peu nombreuses ; elles se réduisent peut-être à ceux de Gow (injection endoveineuse d'émulsions modifiées du coli dans les pyélonéphrites), de Govic (injections sous-cutanées de sérum de cheval dans la pyélite), de Flamini (stomosines de Centanni dans les infections urinaires de l'entance), d'Anzilotti (caséal calcique dans un cas d'abcès pararénal à, de Colombio (coli-vaccinothérapie hétérologue intraveineuse en pyélonéphrites gravidiques), de Nicolich (colivaccinothérapie hétérologue à dose élevée dans un cas de maladie par coli), et dans une de P. R. (caséal calcique dans les infections urinaires généralisées et localisées).

C'est peut-être une erreur de renoncer complètement et systématiquement à l'immunothérapie spécifique ; le vaccin homologue constitue déjà par lui-même une protéine hétérogène ; les deux modalités pourraient être combinées.

Dans toute application immunothérapique en urologie, il ne faut pas toujours renoncer aux soins locaux simultanés et rechercher aussi s'il y a des foyers extraurinaires pouvant produire la récidive, de la bactériurie et de l'infection.

A ce point de vue méritent une attention spéciale: la peau, les dents, les amygdales, l'appendice, le côlon, les organes génitaux internes de la femme ; parfois, il sera utile de faire une autre immunothérapie simultanée, avec des vaccins obtenus directement des germes de ces foyers primaires.

Troisième question. — Résultats et origine des opérations contre la lithiase rénale

Premier Rapport. — Prof. C. Fuentes (Madrid).

Les résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale dépendent du genre d'opération pratiquée, de l'état du rein malade et de l'état de l'autre rein.

Nous devons tenir compte de certains accidents tardifs, mais suivant de près l'opération, et qui ont une grande influence sur ces résultats éloignés.

— L'infarctus et l'hémorragie secondaire peuvent se produire après la néphrotomie par section des branches de l'artère rénale qui par leur caractère de terminalité occasionnent l'ischémie de certaines parties du parenchyme. Si l'évolution de l'infarctus est aseptique, l'hémorragie pourra ne pas se produire et le résultat sera la sclérose partielle du tissu rénal, mais si l'infection vient s'ajouter, ce sera une cause de l'apparition d'hémorragie et du soutien de la pyélo-néphrite.

— Même sans la production d'infarctus localisés, l'hémorragie secondaire, tardive, peut se produire à cause de zones de petits infarctus diffus, produits à la ligne d'incision et aux points de suture. La sclérose au niveau de l'incision et des points de suture a été démontrée, mais elle est limitée à la ligne d'incision comme cela a été constaté par des recherches cliniques et expérimentales. L'invasion de tout le rein par la sclérose après la néphrotomie, admise par quelques auteurs, si elle arrive à se produire l'est dans ces cas par l'influence d'une pyélonéphrite.

— La pyélotomie produit quelque fois l'infarctus du rein et l'hématurie secondaire tardive, mais cela est très rare et si cela se produit c'est à cause de la déchirure de quelque branche artérielle anormale, accident qui peut arriver aussi lors de la néphrotomie.

— Nous croyons que le drainage dans la néphrotomie a quelque influence sur l'apparition des hémorragies secondaires à cause de petites nécroses produites sur le tissu rénal par le contact du tube. De quatre cas d'hémorragie que nous avons observés après la néphrotomie, trois d'entre eux concernaient des cas auxquels on avait pratiqué le drainage.

— Les fistules peuvent se produire et rester après toutes ces opérations. Dans les opérations conservatrices (pyélotomie, néphrotomie) leur apparition dépend de l'infection du rein et de la persistance d'un drainage. Dans les cas aseptiques leur apparition est rare. Elle peuvent se produire dans certains cas après la néphrectomie et sont dues le plus souvent à la persistance de morceaux de tissu rénal par néphrectomie incomplète.

— Nous pouvons admettre que la fonction du rein étant troublée par l'existence du calcul et de l'infection qui peut l'accom-

© BIU Santé

pagner, elle a tendance à s'améliorer après l'opération. Si le cas est aseptique, cette amélioration est remarquable après la pyélotomie et la néphrotomie ; et plus remarquable dans la première Si le cas est infecté le résultat sur la fonction et l'infection du rein en est variable ; si l'infection est peu prononcée elle pourra disparaître et la fonction s'améliorera, mais si elle est intense et le rein très atteint, l'infection se continuera; produisant, sinon la récidive, la diminution de la fonction rénale par transformation fibreusse du tissu de l'organe.

— Dans la plupart des cas infectés, opérés par néphrotomie, l'infection continue et le malade reste avec l'urine trouble. De 11 cas de néphrolithiase franchement infectés que nous avons opérés par néphrotomie, 7 sont restés avec les urines troubles de 2 à 10 ans. Dans quelques-uns de ces cas nous avons constaté que la fonction ne s'est pas améliorée ; au contraire, que celle-ci a diminué et l'azotémie s'est soutenue.

C'est après la néphrectomie, que l'état de la fonction urinaire et l'état général du malade se modifient favorablement dans les cas infectés, à condition bien entendu, que le rein restant soit normal. L'hypertrophie compensatrice qui s'établit progressivement assure la dépuration urinaire et si le rein sain est peu affecté fonctionnellement par l'influence de l'autre, cette influence cesse lorsque le rein malade est supprimé. Tous les cas de lithiase infectée ne peuvent pas être traités par la néphrectomie, tenant en compte la bilatéralité des lésions et c'est une question de tact de la part de chaque chirurgien, nous sommes souvent forcés de pratiquer des opérations conservatrices sur des reins très infectés, à cause de l'état douteux ou déjà atteint de l'autre rein. Si sur ce rein on constate un état normal, la néphrectomie a une supériorité pour les résultats dans les cas très infectés, spécialement dans les pyonéphroses.

Les cas de rétention rénale tardive, ne paraissaient pas d'ordinaire liés directement à l'acte opératoire (déplacement) ; sinon qu'ils se sont produits par l'évolution des lésions déjà existantes dans le rein et l'uretère. Cependant il existe un degré de déplacement post-opératoire.

— L'uretère et la vessie ne sont influencés qu'indirectement par ces opérations, en supprimant l'infection rénale, l'état de ces organes s'améliorera, quand l'urine n'entraîne pas de pus. Des troubles éloignés (fistules ou récidives) pourront seulement s'observer dans les cas où la coexistence de lithiase urétérale ignorée ou une urétrite chronique persisteront.

Les récidives sont rares après la pyélotomie surtout lorsque cette opération est pratiquée dans les cas aseptiques ; dans ces conditions, on trouve 1.7 %. Dans les cas infectés on trouve 7.6 %. Elles sont plus fréquentes dans la néphrotomie où on observe souvent, dans les cas infectés, une proportion atteignant 15 % ; dans les cas aseptiques, la proportion est de 7.2 %, la néphrostomie permanente dans les cas infectés met le rein à l'abri des récidives.

L'apparition de la lithiase sur l'autre rein s'observe quelquefois après l'opération du premier dans une proportion de 3 à 4 % d'après l'ensemble de plusieurs statistiques.

Si elle se produit après une pyélotomie ou néphrotomie, nous nous trouverons en présence d'un cas courant de lithiase bilatérale et la conduite à suivre sera marquée par l'état des deux reins. Mais si cette apparition se produit après une néphrectomie, la gravité est extraordinaire, car le malade souffrira d'anurie produite par une colique même légère. Ce sont les cas les plus graves dont j'ai eu l'occasion d'observer 3 sur 22 néphrectomies. C'est cet accident éloigné qui restreint l'application de la néphrectomie dans certains cas, malgré sa supériorité, au point de vue de la guérison immédiate.

La survivance est longue, après les opérations de lithiase unilatérale et se réduit d'environ 50 % dans les cas de lésions bilatérales. La mortalité opératoire après la pyélotomie des cas dits aseptiques est environ de 1.8 % et de 6 % dans les infectés ; dans les néphrotomies et néphrostomies, elle arrive et surpasse dans certaines statistiques un pourcentage de 20 % dans les cas infectés, mais de l'ensemble des statistiques modernes on arrive à un 8.30 % dans les cas aseptiques et 13, 30 % dans les cas infectés. La néphrectomie dans la lithiase donne une mortalité de 8 %.

On ne peut pas être exclusiviste dans l'élection des opérations conservatrices et de la néphrectomie ; il faut être éclectique. Chaque opération à ses indications qui dépendent surtout du volume et situation du calcul et de l'état d'infection du rein. Dans la lithiase bilatérale on doit être très prudent pour intervenir et n'opérer que les cas de petits calculs, ou ceux dont un des reins est peu atteint.

Nous avons opéré en tout 244 malades. Le tableau suivant donne un aperçu de l'âge de la mortalité de ces malades.

Age	Nombre	Décès
10.....	2	0
10-20.....	12	0
20-30.....	38	0
30-40.....	70	7
40-50.....	69	4
50-60.....	30	4
60-70.....	19	7
70-80.....	4	4
Total.....	244	26

D'après ce tableau, le plus grand nombre de cas de lithiase se produit entre 30 et 50 ans.

La mortalité en est de 10.6 %. Le plus grand nombre de décès se présente dans les cas de 60 ans et au-dessus, notamment 11 décès sur 25 opérés ce qui fait une mortalité de 47,8 %. Au-dessous de 60 ans la mortalité est de 8,6 %.

Les opérations se répartissent comme suit :

Néphrotomies.....	127
Pyélotomies.....	57
Néphro-pyélotomies.....	3
Urétérotomies.....	7
Néphrectomies secondaires.....	21
Néphrectomies primaires.....	81
Total.....	297 opérations

Parmi les opérés il y avait 139 hommes et 105 femmes. On constata 115 fois la présence de calcul dans le rein droit, 93 fois dans le rein gauche et 36 fois il fut bilatéral. En outre dans 3 cas où l'on avait certifié la présence d'un calcul unilatéral un autre calcul se forma dans le second rein de sorte qu'on trouva au total 30 fois des calculs bilatéraux, c'est-à-dire dans 16 % des cas observés.

Pour examiner la composition chimique des calculs, on les lima jusqu'à ce qu'on ait obtenu une quantité suffisante de poudre nécessaire à l'examen.

Dans les cas de calculs aseptiques ou peu infectés nous trouvâmes un calcul uratique, cinquante-quatre calculs oxaliques et vingt-sept calculs phosphatiques. Parmi les calculs oxaliques cinquante-deux en étaient solitaires et deux fois seulement nous trouvâmes des calculs multiples. Parmi les calculs phosphatiques, vingt-quatre en étaient solitaires et trois multiples dont un ramifié.

Plusieurs fois nous avons été frappés, en cas de calculs phosphatiques peu infectés, du contraste qu'il y avait entre la grosseur du calcul et l'intensité minime de l'infection, qui était en plus, évidemment de date récente. La question se pose : « l'infection est-elle indispensable à la formation de calculs phosphatiques. A la discussion sur « l'oxalurie et la phosphaturie » au second Congres de l'Association Internationale d'Urologie, Bazy a donné une réponse négative à cette question, il disait notamment : « Cet élément microbien n'est assurément pas indispensable et j'ai pu dire (*Bulletin médical*, 22 mars 1904), que la gravelle phosphatique primitive existe, puisque j'ai observé des tophus phosphatiques existant, les calculs phosphatiques primitifs peuvent exister. »

La preuve que Bazy a vu juste nous est fournie par un cas où nous trouvâmes deux calculs phosphatiques ramifiés aseptiques. Ces calculs forment ensemble le moulage exact du bassinet et des calices, qui n'étaient nullement dilatés, le parenchyme était à peu près intact. La forme de ces calculs était beaucoup plus gracile qu'elle ne l'était ordinairement dans les cas infectés (Obs. 141.).

Parmi les calculs infectés se trouvaient trente et un calculs oxaliques, dont vingt-quatre solitaires et sept multiples. Le reste était des calculs phosphatiques dont soixante-dix-sept solitaires et vingt-neuf multiples.

Quoique l'opinion règne en Hollande que parmi les cas de calculs aseptiques, les calculs uratiques sont les plus fréquents, notre expérience démontre clairement qu'on a affaire presque exclusivement à des calculs oxaliques. Nous n'avons trouvé qu'un calcul uratique et aucun calcul d'acide pur. Nous avons fréquemment constaté la présence de calculs d'acide urique pur, mais toujours ceux-ci avaient été expulsés par les voies naturelles et il y avait aucune raison de procéder à une opération. La présence fréquente de calculs oxaliques répond parfaitement à notre expérience que l'oxalurie est chez nous plus fréquente que l'uraturie.

Nous constatâmes cinq fois une anomalie congénitale, notamment : deux fois un rein en fer à cheval, une fois des reins longs, une fois un rein en ectopie pelvienne et une fois une bifidité de l'uretère avec calcul dans le bassinet inférieur.

© BIU Santé

Nous n'avons plus eu de nouvelles de vingt-cinq malades après leur départ de la clinique, nous pouvons mentionner les résultats éloignés de 193 malades.

Trente et un malades furent opérés pour calcul aseptique ou peu infecté par une néphrotomie et trente par une pyélotomie.

En comparant les résultats de ces deux opérations nous arrivons à la conclusion qu'ils sont à peu près pareils et qu'il n'y a aucune raison de préférer l'une à l'autre. Il en est tout autrement quand nous en comparons les résultats immédiats. Tous les arguments plaident alors pour la pyélotomie et nous serions d'avis de remplacer complètement dans ces cas la néphrotomie par la pyélotomie, si nous ne nous sentions pas obligés de borner l'indication de la pyélotomie par les conditions spéciales que nous avons traitées en détail dans ce rapport.

Pour les cas de calculs infectés nous avons mentionné trente et un cas de néphrotomie et huit cas de pyélotomie. Ici encore une fois les résultats éloignés ne diffèrent pas sensiblement et ce sont les résultats immédiats qui comptent. Les conditions posées pour la pyélotomie deviennent encore plus strictes et nous sommes d'avis qu'elle ne doit être faite que dans un nombre de cas très restreint.

La néphropyélotomie, c'est-à-dire la combinaison simultanée de pyélotomie et néphrotomie du même rein ne fut faite que dans trois cas. A notre avis cette opération n'est pas préférable à la néphrotomie et n'a pas de raison d'être.

La néphrectomie secondaire fut faite à cause d'hématurie secondaire survenant après une néphrotomie de fistule persistante ou de récidive. Nous avons mentionné les résultats éloignés de quatorze cas.

Nous pûmes suivre le cours éloigné de cas opérés par néphrectomie primaire dans cinquante-trois cas et il fut bien plus favorable que celui des cas d'opérations conservatives pour calculs infectés. La mortalité est à peu près pareille dans les cas au-dessous de soixante ans, de sorte que pour pouvoir juger si nous donnerons la préférence à la néphrectomie primaire aux opérations conservatives, cela dépend principalement de la quantité de cas où après la constatation d'un calcul unilatéral, un autre calcul, survenu plus tard, fut découvert dans le second rein. Ceci n'arriva qu'en 1.5 % des cas.

Dans les cas de calculs bilatéraux nous fîmes soixante-quinze opérations à trente-six malades, dont cinq subirent en plus une opération par un autre chirurgien. Nous pûmes suivre les résultats éloignés de vingt-quatre de ces malades, dont six se guérirent complètement et trois autres se guérirent de la lithiase mais non de l'infection.

Enfin nous traitâmes : « la coexistence de la lithiase rénale et d'autres affections du rein » et suivant les données de la clinique nous tirâmes nos conclusions en ce qui concerne la néphrite lithiasique.

Les résultats obtenus sur l'ensemble de nos deux cent quarante-quatre malades nous font arriver aux conclusions suivantes :

1°) La lithiase rénale est dans environ 16 % des cas une affection bilatérale ; dans la grande majorité des cas elle est unilatérale ;

2°) Si après un examen complet et en particulier après un examen aux rayons X bien réussi, la lithiase a été constatée unilatérale, il n'arrive que rarement qu'au bout d'un certain temps un calcul se forme dans un second lieu.

3°) Dans les cas d'opérations rénales conservatives pour calculs aseptiques ou peu infectés, la pyélotomie doit être préférée à la néphrectomie, dans les cas qui s'y prêtent.

4°) Les calculs aseptiques ou peu infectés se prêtent à la pyélotomie, si les conditions suivantes sont remplies.

a) Le rein doit pouvoir être suffisamment extériorisé pour que la face postérieure du bassinet puisse être dénudée et que l'incision puisse être faite également à vue ;

b) On doit pouvoir sentir le calcul dans le bassinet et le faire saillir de sorte que l'incision puisse se faire sur le calcul.

c) L'incision nécessaire ne doit pas dépasser le bord inférieur du rein, ni arriver jusqu'à l'origine de l'uretère ;

d) Le calcul doit pouvoir être extrait facilement sans déchirure des bords de la plaie ;

e) Le calcul doit être par préférence un calcul solitaire. En cas de calculs multiples, ceux ci doivent se trouver tous dans le même bassinet.

5°) Dans les cas de calculs infectés, la néphrotomie doit être préférée à la pyélotomie excepté dans les cas répondant aux cinq conditions mentionnées ci-dessus (voir 4°) pour les calculs aseptiques ou peu infectés et en outre :

f) Quand l'infection n'est pas telle que le drainage du bassinet soit inévitable :

g) Quand il y a un rein mobile pour lequel il serait recommandable d'accompagner la pyélotomie d'une néphropexie capsulaire ;

6°) La néphro-pyélotomie n'a pas de raison d'être, elle n'est pas préférable à la néphrotomie en cas de calculs infectés ;

7°) Dans des cas d'infection des calculs unilatéraux, la néphrectomie primaire doit être préférée à la néphrotomie ;

8°) Dans des cas de calculs bilatéraux infectés, on doit faire de préférence une néphrotomie bilatérale avec extraction des calculs. En tous cas il se recommande une néphrotomie à la première récidive.

9°) La théorie, que la néphrite lithiasique précéderait la formation des calculs rénaux, n'est pas conforme aux données obtenues par la clinique. Au contraire ces données démontrent plutôt, que la néphrite lithiasique doit être considérée comme une complication à la suite de la lithiase et qu'elle est due à la cytolyse et à l'infection.

10°) Si dans les cas de lithiase d'un rein et de néphrite lithiasique de l'autre rein on pose la question : le fonctionnement du dernier est-il suffisant pour permettre la néphrectomie ? Il faut tenir compte de l'action favorable que la néphrectomie aura probablement sur le cours de la néphrite.

3° *Rapport.* — Prof. V. TARDO (Palerme).

L'analyse des résultats éloignés de 1043 cas de calculs rénaux unilatéraux opérés par MM. ***Alessandri, Bagozzi, Bruggi, Caminiti, D'Agata, Domati, Ferria, Gardini, Giordano, Lasio, Misuraca, Micolich, Purpura, Taddei, Tardo, Titome, Tricomi, Uffredizzi, Vicenzoni, Gaigetano, Cascino,*** résumée par l'**A** dans le tableau spécial inséré dans le texte du rapport (voir le tableau) de même que l'étude de 52 cas de calculs rénaux bilatéraux, réunis dans le tableau G. ont porté aux conclusions suivantes :

1°) Les interventions dans les calculs rénaux aseptiques unilatéraux sont bénignes et donnent les meilleurs résultats éloignés, La pyélotomie est l'opération de choix. La néphrotomie est à sa place uniquement dans les cas où la pyélotomie est contre-indiquée ; la néphrectomie est une intervention exceptionnelle.

Il est nécessaire de s'assurer précocement de l'existence des calculs et d'intervenir dans la période aseptique afin d'éviter le plus de gravité et les résultats éloignés moins bons des opérations dans les calculs infectés.

2°) Dans les calculs infectés unilatéraux, la néphrotomie est une intervention grave, puisqu'elle donne une mortalité élevée, expose aux hémorragies et à la généralisation de l'infection, laisse bien fréquemment des fistules, donne lieu à de faciles récidives de calculs, et souvent elle ne délivre pas l'organisme du foyer infectieux.

La pyélotomie est une intervention très bénigne, puisqu'elle donne une mortalité très petite, puisqu'elle n'expose ni aux hémorragies ni à la septicémie, ne laisse pas de fistule, ne détermine pas la formation de calculs plus qu'il ne se vérifie ordinairement dans les lithiasiques.

La néphrectomie est une intervention radicale, moins grave et moins mortelle que la néphrotomie. Elle donne de bons résultats, mais pour supprimer les calculs et l'infection emporte un parenchyme rénal qui peut, dans l'avenir, être nécessaire au lithiasique.

3°) En ligne générale, la pyélotomie est l'intervention de choix, la nephrotomie l'intervention de nécessité, la néphrectomie l'intervention de convenance.

4°) Pour obtenir de meilleurs résultats éloignés de même qu'immédiats on doit limiter encore plus le champ de la néphrotomie. La radiographie toujours plus perfectionnée, la pyélographie, la technique chirurgicale, vont élargir le champ de la pyélotomie, l'examen fonctionnel moderne, minutieux, bien conduit, bien interprété, élargira quelque peu le champ de la néphrectomie en déterminant l'extirpation des reins dangereux et sans valeur.

5°) Les soins post-opératoires, hygiéniques, diététiques, médicamenteux et chirurgicaux sont nécessaires pour empêcher les récidives de calculs, pour vaincre tout à fait l'infection.

Les résultats éloignés sont médiocres dans les interventions pour calculs bilatéraux, puisque dans ces malades, la maladie constitutionnelle est ordinairement plus grave.

Pour espérer les meilleurs résultats éloignés, le parenchyme rénal doit être épargné le plus qu'il est possible. La pyéloto-

© BIU Santé

tomie est toujours préférable, la néphrectomie doit être exceptionnelle.

Le rein néphrotomisé fistuleux doit être conservé. Les soins post-opératoires doivent être rigoureux, afin de désinfecter les reins et d'empêcher, autant qu'on peut, la récidive des calculs.

Dans les calculs bilatéraux récidivants la néphrostomie permanente est une intervention bien utile.

L'examen fonctionnel est indispensable dans les calculs bilatéraux pour établir le côté sur lequel on doit intervenir et pour reconnaître les cas dans lesquels l'intervention est contre-indiquée.

4e Question.

Vésiculectomie transversale et vésiculotomie

Thomson-Walker, rapporteur.

Les vésicules séminales et les ampoules se trouvent sous la base de la vessie et une couche de fascia les sépare du rectum.

Si l'infection urinaire persiste après la prostatectomie, une infection des vésicules séminales peut en être la cause.

Dans ces cas on devrait pratiquer une vésiculectomie ou une vésiculotomie soit au moment de l'intervention même (prostatectomie), soit plus tard.

Le massage et l'opération de Belfield restent inefficaces dans 5 pour cent des cas de vésiculite chronique, et dans ces cas on devrait avoir recours à une vésiculectomie.

En présence de lésions tuberculeuses des vésicules séminales on procédera à une vésiculectomie.

Dans les affections malignes de la prostate, l'infection se propage le long des vésicules séminales, il est donc nécessaire d'extirper, avec la prostate, les vésicules et une partie de la base de la vessie.

Pour l'opération, la voie transvésicale est la plus simple et celle qui n'occasionne aucune lésion du sphincter externe de la vessie ; la voie périnéale, par contre, est plus difficile et elle laisse comme séquelle une incontinence d'urine chez les patients, due à l'effet de l'intervention sur le sphincter de la vessie.

L'auteur décrit sa méthode de pratiquer la vésiculectomie par la voie transvésicale.

Les auteurs rapportent un cas de malacoplasie vésicale chez une femme de 43 ans. Cette malade présentait depuis quatre mois des symptômes de cystite. Le diagnostic fut posé par la cystoscopie et confirmé par l'examen histologique d'une plaque enlevée par une cystotomie sus-pubienne.

Nicolich (Trieste) rappelle à ce propos le cas qu'il a publié en 1914 dans les *Folia Urologica* et montre les prises anatomiques intéressantes qui se rapportent à ce cas.

A. Saint-Cène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1924

Poliotie en forme de bride unissant deux fœtus de sexe différent. — ***M. Balzer*** communique un cas curieux de malformation congénitale qui a son origine dans la première fente branchiale. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette observation c'est qu'il s'agit de deux jumeaux présentant la même malformation et soudés l'un à l'autre par une bride partant de la partie antérieure des deux oreilles.

M. Balzer fait suivre cette observation de considérations pathologiques et étiologiques relatives à cette monstruosité.

Radio-vaccination. — ***M. Béclère*** communique un travail de M. Regaud, sur l'action répétée des rayons X, à l'aide de laquelle on obtient une radio-vaccination qui permet d'agir plus efficacement sur certaines lésions de la face.

Chorio-rétinite tuberculeuse afolliculaire, son traitement. — ***M. Lagrange*** (de Bordeaux) déclare qu'il est possible de reconnaître l'existence de cette affection grâce à des signes appropriés qui la séparent nettement de la chorio-rétinite syphilitique avec laquelle elle est très souvent confondue.

M. Lagrange fait connaître ces signes avec précision, décrit les lésions anatomiques correspondantes et indique le traitement rationnel de cette grave maladie.

Thérapeutique et voyages au long cours. — ***M. Loir*** a eu le regret de constater que ces voyages au long cours sont surtout pratiqués par des Anglais et très peu par les Français. Ainsi qu'il l'a déjà démontré dans plusieurs communications, il y a cependant là une ressource thérapeutique des plus efficaces. Il en fournit de nombreux exemples.

Emanations du thorium comme traitement des leucémies chroniques. — ***M. Béclère***, au nom de MM. Cluzel et Chevallier, lit une note sur les bons résultats que donnent, dans les cas de leucémie chronique, ces émanations du thorium.

Action de quelques sels de terres rares sur la diathèse arthritique. — Dans une note présentée par M. Pouchet, M. *Pompéani* montre l'action remarquable que ces sels exercent sur les phénomènes douloureux ainsi que sur l'amplitude des mouvements articulaires chez les sujets ainsi traités.

Les sels de néodyme, samarium, lanthane, praséodyme, yttrium, thorium, cœsium ont d'abord été employés séparément, puis M. Pompéani a fait un mélange de ces sels, à l'exception du lanthane qui s'était montré complètement inactif. Il a utilisé une solution aqueuse renfermant, par centimètre cube, un microgramme de chacun de ces sels, administrée par voie d'injection hypodermique et toujours au voisinage des articulations malades ou des points douloureux. Dans la plupart des cas, on a observé soit une guérison complète, soit une très notable amélioration. En revanche, l'auteur a noté un insuccès complet dans les cas de rhumatismes tuberculeux ou blennorragique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1924

Tumeur du thorax d'origine nerveuse. — ***M. Lecène*** relate une curieuse observation personnelle ayant trait à une femme de 56 ans qui le consulta en septembre dernier pour des douleurs persistantes et croissantes de l'hémithorax gauche, jointes à une sorte d'affaissement de la colonne vertébrale analogue à une scoliose. La patiente souffrait de ces douleurs à type névralgiques, depuis une dizaine d'années. Une radiographie avait été faite et montrait dans l'hémithorax gauche une tumeur arrondie, régulière, du volume d'une tête de fœtus paraissant avoir corrodé les corps vertébraux sur leur face gauche, tumeur non pulsatile et dont la forme régulière faisait penser à un kyste hydatique du poumon. Mais il n'y avait aucun signe stéthoscopique, aucun symptôme pulmonaire. La réaction de Parvu-Weinberg était négative.

La malade est opérée le 25 septembre. Les 5e, 6e, 7e côtes sont réséquées le long de la masse musculaire paravertébrale, et on arrive vite sur la tumeur ; mais celle-ci est recouverte par la plèvre dans laquelle il est nécessaire de pénétrer. Elle est incisée lentement, avec précaution et sans qu'il en résulte de trouble appréciable. Le poumon est attiré et fixé. On peut alors voir que la tumeur, qui fait saillie, est complètement extrapleurale. Elle est enlevée sans difficulté particulière et est adhérente au 6e nerf intercostal qu'il faut sectionner. Réfection soigneuse des plans et fermeture sans drainage autre qu'un petit drain sous-cutané par crainte de l'emphysème possible.

Guérison sans incidents importants.

La tumeur arrondie ressemblait, à la coupe, à un fibrome.

Mais histologiquement c'est un néoplasme d'origine nerveuse développé aux dépens des gaines de Schwann, tumeur bénigne mais qui avait érodé les côtes et les corps vertébraux.

Un seul cas analogue a été publié, semble-t-il.

Résection du côlon transverse (*suite de la discussion*). — ***M. Mocquot*** relate l'observation d'un homme de 50 ans atteint de cancer du côlon transverse qu'il opéra en une seule séance suivant le procédé conseillé par M. Quénu et décrit par Cruet avec rétablissement partiel de la continuité de l'intestin en laissant

© BIU Santé

une fistule intestinale. Celle-ci persista longtemps mais finit par guérir. Cet homme est resté guéri depuis 4 ans.

Colobome facial complet. — ***M. Ombrédanne*** communique l'observation et les photographies d'un enfant atteint d'une fissure totale oblique de la face et qu'il a pu restaurer avec succès. Ces cas sont assez rares et celui-ci serait le 2e cas de restauration complète suivi de succès. Il a fallu refaire la lèvre, la narine droite en lui maintenant sa perméabilité et refaire des deux côtés les voies lacrymales qui n'existaient pas étant complètement exstrophiées.

Dans un premier temps il abaissa le moignon d'aile du nez et refit une narine et la lèvre. Il tenta dans ce même temps de refaire les voies lacrymales mais n'y réussit pas.

Cinq mois après, il refit les voies lacrymales droites, avec succès cette fois.

Il attendit un an pour refaire les voies lacrymales gauches.

Le résultat final est très satisfaisant. Les larmes s'écoulent de façon parfaite. Il subsiste une dépression de la lèvre supérieure parce qu'il n'y avait pas de tubercule incisif.

Pour la tache blanche qui couvre la cornée, les ophtalmologistes sont d'avis de tenter le tatouage de la cornée plutôt que de faire l'énucléation.

Présentation de malades. — ***M. Mauclaire*** présente un homme qu'il a opéré pour une rupture du tendon rotulien à son insertion à la pointe de la rotule.

M. Lardennois présente un enfant qui était atteint d'un mégacôlon très prononcé avec énorme dilatation du ventre. Il n'allait à la selle que tous les huit ou quinze jours et pour ainsi dire par regorgement. L'enfant ne mangeait plus et dépérissait. Par le toucher rectal il constata que le releveur était comme contracturé et très hypertrophié. Frappé de ce fait il fit une simple dilatation anale et l'enfant fut aussitôt amélioré et s'est peu à peu rétabli. Un usage régulier d'huile de paraffine amène des selles journalières et l'enfant se développe rapidement. La radioscopie montre une amélioration considérable. Le repas baryté s'évacue en 26 à 48 heures. Il semble donc que la simple dilatation anale puisse être très utile dans ces affections et si la résection est nécessaire il faut la compléter par la dilatation.

Séance du 14 mai 1924

Ulcères gastriques perforés. — M. ***P. Duval*** fait un rapport sur un travail de M. Mathieu (de Nancy) relatif à 7 cas de perforation gastrique par ulcère, opérés par lui. L'âge de ces 7 malades (6 hommes et 1 femme) varie de 23 à 53 ans. La perforation siégeait 2 fois sur le pylore — 4 fois dans la région juxtapylorique, 1 fois sur la petite courbure. Cinq malades ont été opérés avant la 12e heure : 4 ont guéri, 1 mort. Deux ont été opérés tardivement et sont morts.

L'opération pratiquée fut : 3 fois la suture simple — 1 fois la suture avec greffe épiploïque — 3 fois : la gastro-entérostomie complémentaire. Un seul malade a pu être revu après 8 mois. Il souffrait encore. Cependant l'orifice de gastro-entérostomie, examiné à l'écran, fonctionnait normalement.

Plaies du pancréas. — M. ***Rouvillois*** rapporte deux observations de M. Moisonnet (armée) concernant des plaies de l'abdomen par éclat d'obus. Le diagnostic posé dans cas deux cas était lésion de l'estomac ou du rein gauche. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une plaie du pancréas, découverte par le décollement colo-épiploïque et la mobilisation de l'angle gauche du côlon. Ces manœuvres permirent l'extraction du projectible dans les deux cas. La plaie pancréatique fut tamponnée et drainée, 1 guérison, 1 mort.

Ces plaies du pancréas paraissent très rares. Le rapporteur n'en a pas trouvé un seul cas sur 240 laparotomies faites à son auto-chir, pendant la guerre. Il est permis de se demander si la voie transversale sous-séreuse ne serait pas préférable pour les aborder au cas où le diagnostic serait posé.

Plaies du ventricule droit. — M. ***Mocquot*** fait un rapport sur deux cas de plaies du cœur communiqués et opérés par M. Mathieu (Nancy). Il s'agissait de plaies par coup de couteau. Après avoir taillé un volet à charnière externe comprenant les 3e, 4e et 5e côtes, M. M. a cherché à saisir le cœur. Ne pouvant y parvenir, il tenta de saisir les bords de la plaie avec une pince de Kocher d'abord puis avec une pince en cœur. Chez son premier blessé la pince déchira et agrandit la plaie au lieu de permettre de le fermer et le blessé mourut sur la table. Il fut plus heureux chez le second, réussit à aveugler la perforation, à passer rapidement un fil et à fermer la perforation qui comme dans le premier cas siégeait sur le ventricule droit. Cette fois le blessé guérit. Au bout de quelques mois un examen, à l'écran et un cardiogramme montra que le cœur était redevenu normal.

Il serait donc préférable de ne pas employer la pince lorsqu'il s'agit de plaie des ventricules, d'arrêter l'écoulement avec le doigt pendant qu'on s'efforce de passer un premier fil.

Traitement du cancer du col utérin. — M. ***Faure*** communique les résultats de son expérience sur le meilleur traitement du cancer du col. Il est nettement partisan de l'intervention chirurgicale. Le radium qui lui avait d'abord donné de grands espoirs, lui a donné des déceptions de plus en plus fréquentes à mesure qu'il voit un plus grand nombre de malades ainsi traités.

L'opération de Wertheim, qui semble actuellement en défaveur auprès de nombreux chirurgiens qui la considèrent à la fois comme dangereuse et inefficace ne lui paraît pas mériter ce discrédit. Elle lui paraît au contraire, d'après son expérience de 30 ans, être la plus efficace de toutes. Les mauvais résultats observés sont, à son avis, dus à une technique défectueuse, Il est tout d'abord impossible de bien conduire une hystérectomie totale élargie si l'on n'a pas un outillage et un éclairage parfaits. Il insiste aussi sur la nécessité de se placer à gauche de la malade.

Il reste vrai que l'opération de Wertheim est grave. Mais cette gravité peut-être très notablement diminuée si, comme il le conseille depuis longtemps, on termine l'opération de façon systématique par un drainage au sac de Mikulicz. Malgré les critiques que MM. Quénu et Delbet lui ont à cet égard adressées, il continue à employer systématiquement cette technique à laquelle il a ajouté quelques perfectionnements. Or depuis 3 ans, sur 76 malades qu'il a opérées, il n'a eu que 3 morts dont 2 étaient des cas particulièrement mauvais car ils étaient compliqués de poches annexielles suppurées.

M. ***Savariaud*** reconnaît tous les avantages du Mikulicz et en est très partisan. Mais il reste convaincu des bons effets du radium pré-opératoire. Cette méthode a l'avantage de désinfecter l'utérus et permet alors de supprimer le drainage abdominal en péritonisant soigneusement.

M. ***de Martel*** emploie depuis longtemps le drainage à la Mikulicz dans les hystérectomies difficiles, sur les conseils de M. Faure et il a toujours à s'en féliciter. En particulier il l'a employé 7 fois dans le cas de cancer et ses 7 malades ont guéri.

MM. ***Dujarier et Chevrier*** ont également employé ce drainage dans les cas de cancer et leurs malades ainsi opérées ont toutes guéris.

M. ***Roux-Berger*** a une impression nettement contraire à celle de M. Faure pour ce qui touche au traitement par le radium. Il a en effet l'impression que les 9/10 des cancers du col sont justiciables de la radiumthérapie seule ou combinée. Il se demande s'il n'y a pas là une question de technique.

M. ***Faure*** fait observer en réponse que les malades qu'il a observées ont été traitées par des spécialistes très experts en curiethérapie. Cependant il n'a vu qu'un seul cas resté guéri depuis 10 ans ayant été traité par le radium seul.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du vendredi 9 mai 1924.

Papillomes laryngés en voie de transformation épithéliomateuse guéris par la radiothérapie profonde. — ***M. Caboche*** rapporte un cas où, après échec de la curiethérapie, la guérison fut obtenue par la radiothérapie profonde. L'extirpation avait été préalablement pratiquée après laryngo-fissure. La guérison remonte actuellement à dix mois.

© BIU Santé

Neurotomie Gassérienne. Présentation d'opéré et projections. — ***M. Bourguet*** présente un malade traité depuis 7 ans par une cinquantaine d'injections d'alcool pour une névralgie faciale frappant les 3 branches du nerf maxillaire inférieur, chez qui il a pratiqué une laparotomie rétro-gassérienne, dont il montre la technique par projections. La névralgie fut guérie.

La goutte et les goutteux pendant et depuis la guerre. — ***M. Monsseaux*** sur 110 goutteux observés à Vittel depuis la guerre, montre l'influence heureuse que les restrictions alimentaires et la plus grande activité physique de la période de la guerre ont exercée sur le tempérament goutteux en général ; une diminution notable s'est produite chez la plupart des sujets, mais elle est restée passagère et, actuellement, la goutte tend à devenir plus fréquente.

Les diarrhées à transit non accéléré. — ***M. Goiffon*** montre que l'examen coprologique permet de reconnaître que certaines diarrhées sont dues à une hypersécrétion colique qui empêche la selle de se mouler. Il est important de bien connaître ce syndrome, car dans ce cas, tout médicament constipant va à l'encontre du but cherché.

Le spiroscope dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — ***M. Pescher*** pense que les hérédo-tuberculeux ne naissent pas contaminés, mais ils ont une diminution marquée de leur capacité respiratoire. La récupération progressive et le maintien de celle-ci par des exercices spiroscopiques gradués et objectivés est au premier rang des moyens prophylactiques. Ces mêmes exercices, employés à bon escient en dehors des poussées aiguës, rendent aussi de grands services dans la maladie confirmée.

Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle. — ***M. R. Glénard*** présente, en collaboration avec le ***Pr. Carnot***, un film fort intéressant montrant les mouvements normaux et anormaux de l'intestin du chat et du lapin se manifestant sous l'influence de la perfusion sanguine.

Palpation méthodique de l'abdomen. — ***M. R. Glénard*** montre à l'aide d'un film fort instructif tous les procédés de palpation abdominale si minutieusement mis au point par *Fr. Glénard*, procédé du pouce, palpation du rein mobile, signe de la sangle, etc.

Contribution à l'étude du phénomène physiologique par la recupération de l'énergie musculaire.— ***MM. Roger et Livet***, par des expériences nombreuses et fort intéressantes montrent que le sujet, au moment où sa puissance mécanique diminue, augmente son rythme cardiaque et exalte ses combustions.

H. Duclaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mai 1924

Guérison clinique de deux cas de tuberculose pulmonaire, l'un par pneumothorax spontané, l'autre par rétraction scléro-fibreuse du poumon. — ***M. Joseph Genevrier*** présente un malade qui, ayant eu un pneumothorax total gauche à soupape, avec pneumothorax secondaire, vit sa fistule s'oblitérer et son épanchement disparaître à la suite du traitement par l'oléo-thorax.

Après six mois de guérison apparente, il se forma un nouvel épanchement purulent, évacué par fistule pleuro-pulmonaire et par vomique. Malgré cette grave complication, l'évolution fut de nouveau favorable ; la fistule s'oblitéra, l'épanchement se caséifia ; et actuellement le malade a toutes les apparences d'une santé parfaite : il a réalisé la guérison de sa tuberculose par collapsothérapie, compliquée de pleurésie purulente, parfaitement tolérée après caséification.

Le second malade, atteint il y a 11 ans d'une tuberculose étendue à tout le lobe supérieur droit, a réalisé peu à peu une rétraction fibreuse de son poumon, avec aplatissement de son hémithorax, et attraction considérable du médiastin vers la droite. Son poumon se trouve réduit de la sorte au quart environ de son volume normal ; son expansion est à peu près nulle. A la faveur de cette rétraction, analogue à celle que l'on obtient par la thoracoplastie, le foyer tuberculeux s'est éteint et le malade jouit d'une santé parfaite avec un état général excellent et une entière capacité de travail.

Ces cas de guérison spontanée, où une évolution naturelle aboutit à l'extinction du foyer tuberculeux, sont utiles à connaître, pour les rapprocher de ceux où il y a lieu de poser les indications et d'appliquer les méthodes de collapsothérapie, par pneumothorax artificiel ou par thoracoplastie.

Syphilis ancienne avec localisations multiples. — ***MM. Babonneix et Azerad*** présentent un malade chez lequel on constate l'ensemble symptomatique suivant :

Ulcération arrondie siégeant sur le prépuce, qu'elle a perforé dans sa totalité ; augmentation de volume, de consistance et déformation du foie, analogues à celles qu'on observe dans le foie ficelé ; ictère ; plaques opalines à la face postérieure de la lèvre inférieure ; symptômes nerveux : inégalité pupillaire, paresse des reflexes lumineux, lymphocytose, et réaction de Wassermann faiblement positive du liquide céphalo-rachidien.

En présence de l'ulcération de la verge, la première hypothèse qui vienne à l'esprit est celle d'accident primitif à tendance phagédénique. On peut lui objecter qu'elle ne cadre nullement avec l'ensemble des autres constatations et qu'elle a contre elle les déclarations mêmes du malade qui affirme avoir eu un accident primitif il y a 20 ans.

Il s'agit selon toute vraisemblance de gomme chancriforme. Et les soi-disant plaques muqueuses ne sont que des exulcérations de la muqueuse buccale, liées probablement au mauvais état de la bouche, et dues à une infection fuso-spirillaire. En faveur de cette hypothèse on peut faire valoir l'existence d'un foie ficelé et de phénomènes attribuables à une syphilis nerveuse.

Autre question importante : quel traitement instituer chez ce malade ? Nous n'avons pas osé recourir à l'arsenic en raison des lésions hépatiques. Le mercure pourrait être dangereux à cause du mauvais état de la bouche. Aussi avons-nous recouru au bismuth qui semble déjà avoir donné de bons résultats.

M. Pinard partage l'opinion de M. Babonneix et pense qu'on peut recourir à l'arsenic en tâtant la susceptibilité du malade.

Méningite aiguë au cours d'une suppuration latente du rocher chez une malade atteinte de diplégie cérébrale infantile. — ***M. Maurice Renaud*** rapporte l'histoire d'une jeune femme atteinte de diplégie cérébrale infantile à symptomatologie banale chez laquelle survint une méningite aiguë. Après guérison apparente de l'épisode aigu, la mort survint en deux mois par cachexie, avec production de larges escharres.

Le diagnostic clinique avait été hésitant. Après avoir cru à la tuberculose, on aurait pu accepter le diagnostic de syphilis, en raison de l'état antérieur, des réactions humorales et de l'amélioration qui avait coïncidé avec un traitement arséno-benzolique.

L'autopsie montra des lésions banales d'hydrocéphalie légère et des dégénérations diffuses des faisceaux de la moelle et le cas en aurait semblé pareil à tant d'autres en raison de son apparente banalité, si l'ouverture des rochers, que l'auteur croit nécessaire de pratiquer systématiquement n'avait fait découvrir une large infiltration purulente de l'un d'eux, avec intégrité de la caisse, le tympan étant normal.

Cette observation vient d'abord rappeler que l'ostéomyélite du rocher peut être latente et ne s'accompagner d'aucun signe d'otite moyenne et cependant entraîner des désordres encéphaliques les plus graves.

Elle est de tous points comparable aux suppurations du rocher du nourrisson qui jouent d'après l'auteur un rôle considérable dans la pathologie du nouveau-né, et à celles qui font la gravité de certaines maladies infectieuses comme la rougeole.

Elle montre que toute observation d'un état infectieux avec syndrome méningé est sans valeur si l'état des rochers n'a pas été vérifié.

Elle oblige enfin à se demander depuis quelle époque existait cette suppuration, et à poser ainsi une question d'un intérêt doctrinal considérable. M. R. accepte volontiers l'idée que la

© BIU Santé

lésion du rocher, étant donné ce qu'on sait des ostéomyélites prolongées, était apparue dans la première enfance et qu'elle peut en outre, étant donné ce qu'on sait des suppurations du rocher chez le nourrisson, être rendue responsable des accidents encéphaliques déterminant de la diplégie.

Le traitement des hémorragies par le citrate de soude. — ***M. Maurice Renaud*** attire l'attention sur la valeur des injections intra-veineuses de citrate de soude, 10 à 30 centicubes d'une solution de 30 pour 100, dont il a signalé à la Société de Biologie les curieuses propriétés hémostatiques.

Dans 25 cas de cancers et dans trois cas de tuberculose cavitaire, des hémorragies importantes et durables ont cessé complètement dans les heures qui ont suivi l'injection et aucun saignement ne s'est reproduit pendant plusieurs mois.

L'injection de citrate est actuellement de beaucoup la meilleure et la plus sûre des médications hémostatiques.

Le citrate ne semble pas agir sur la crase sanguine, car on n'observe à la suite des injections aucune modification de la morphologie du sang ni des propriétés du plasma.

C'est plutôt par une action modératrice que les vaso-moteurs des petits vaisseaux et des capillaires que peut s'expliquer l'influence indiscutable du citrate sur l'importance du saignement. Cette propriété modératrice de la circulation périphérique rendrait compte aussi de l'heureuse influence du citrate sur les phénomènes qui, au cours des artérites relèvent de spasmes vasculaires.

Fièvre ondulante au cours d'une carcinose primitive du foie généralisée aux poumons. — ***M. Trabaud*** (de Beyrouth) rapporte une très belle observation d'adéno-carcinome trabéculaire du foie développé chez un tirailleur annamite âgé de 28 ans qui a amené la mort très rapidement en quelques semaines, montrant ainsi contrairement à certaines observations classiques que la phase chirurgicale qui permet l'ablation de l'adénome avant sa généralisation peut manquer dans certains cas.

La courbe dans cette observation présentait aussi un très grand intérêt par son caractère ondulant qui rappelait aussi celles que l'on observe communément dans les mélitocoecies et les spirilloses, mais qu'on n'a pas encore rencontrée jusqu'ici au cours des tumeurs malignes.

Accidents thrombosiques cérébraux dans un cas d'érythrémie — ***M. Ledoux*** (Besançon) communique l'observation d'une malade atteinte d'érythrémie typique avec 8 millions de globules, qui, en 2 fois présenta, à la suite d'accidents vertigineux, une hémiplégie transitoire avec dysarthrie et diplopie. Il s'agissait certainement de thrombose artérielle cérébrale expliquée par la viscosité sanguine considérablement augmentée.

M. Vaquez a signalé et observé fréquemment des thromboses cérébrales au cours de l'érythrémie.

M. Béclère se basant sur les accidents thrombosiques au cours de l'érythrémie considère à ce propos que dans le traitement radiothérapique, il faut employer des doses légères et espacées.

M. Vaquez partage la même opinion.

Emploi de sérum antidiphtérique désalbuminé au point de vue prophylactique. — ***M. Lesné*** insiste sur la fréquence des accidents sériques au cours de la sérothérapie préventive. Pour éviter ceux-ci, M. Lesné a employé chez 125 enfants un sérum désalbuminé de l'Institut Pasteur. L'auteur n'a constaté aucun cas d'accident sérique, malgré l'action prophylactique certaine.

M. P. Martin explique que le sérum désalbuminé est un sérum débarrassé de la sérine et de la globuline ; seules les pseudo-albumines existent dans le sérum. L'action prophylactique est certaine; quant à l'action curative, M. Martin discute l'influence de l'action antitoxique concentrée ou non de sérum sur les fausses membranes. Alors que les auteurs américains et allemands emploient des sérums à action antitoxique concentrée, qui n'ont qu'une action lente sur les fausses membranes, les sérums à action antitoxique diluée agissent beaucoup mieux sur les fausses membranes. Il y a là un point important sur lequel des recherches sont encore nécessaires pour préciser la valeur différente des sérums antitoxiques à dilution étendue ou concentrée.

Séance du 23 mai 1924

Un cas exceptionnel d'extériorisation du poumon à travers une brèche pariétale post-opératoire. — MM. ***Léon Bernard et Bigart*** présentent un homme qui, pour une gangrène pleuro-pulmonaire, a subi plusieurs interventions chirurgicales. Il présente actuellement, au-dessous de la clavicule gauche, une vaste brèche au fond de laquelle le poumon se voit à nu. Par une expiration forcée, il peut faire sortir par la brèche son poumon qui apparaît rosé, un peu boursouflé d'emphysème, et percé de fins pertuis par où l'air sort en sifflant. Il supporte parfaitement cette lésion peu commune.

Granulomatose subaiguë. Syndrome de Hogdkin. — MM. ***Louste Thibaut et Valière-Valeix*** rapportent l'observation d'un malade âgé de 36 ans présenté à la Société en mars 1922 comme maladie de Hogdkin guéri par la radiographie. L'intérêt réside non pas dans la récidive suivie depuis 2 ans, mais dans la forme de la récidive. D'abord les ganglions cervicaux axillaires et médiastinaux sont pris, sans modification sanguine, sauf 5 % éosinophiles.

Ensuite poussées osseuse, puis cervicale avec signes de compressions médulaires considérées comme mal de Pott, syndrome qui s'effaça graduellement. Ensuite poussée de néphrite aiguë, enfin pleurésie gauche. Chacune de ces manifestations accompagnées de phénomènes généraux et de fièvre.

Il est vraisemblable que ces accidents successifs subaigus et suivis d'amélioration, dépendent d'une même cause infectieuse que nous ignorons mais qui expliquerait la marche et la gravité de cette granulomatose qui n'est certainement pas d'origine tuberculeuse et pour laquelle l'hypothèse de nature néoplasique n'est pas vraisemblable.

Parésie dissociée des membres supérieurs consécutive à la sérothérapie antitétanique. — Contractions fibrillaires. — Importance des réactions électriques pour le diagnostic des syndromes frustes. — MM. ***P. Sainton, P. Descouts et R. Le Clerc.*** — Les auteurs présentent un cas de parésie dissociée des membres supérieurs extrêmement fruste, consécutive à la sérothérapie antitétanique. Le malade ayant reçu une première injection en 1922 présente à la seconde faite pour une plaie du doigt des accidents anaphylactiques, suivis de douleurs dans les membres supérieurs et pendant quelques jours dans les membres inférieurs. Les douleurs s'atténuent et ne surviennent que par crises. Depuis quatre mois le malade est incapable de travailler ; il accuse une fatigabilité rapide et de la parésie. Au point de vue objectif, pas d'atrophie musculaire, pas de parésie appréciable, pas de troubles de la sensibilité objective. L'examen électrique révèle la présence de réaction de dégénérescence partielle dans le triceps droit, et de l'hypoexcitabilité des muscles, sous-épineux, deltoïde, thénariens. Du côté gauche une hypoexcitabilité faradique et galvanique légère des sous-épineux, deltoïde et triceps.

Des contractions fibrillaires qui n'ont jamais été signalées dans les cas étudiés par Lhermite, Sicard, Pollet etc... ont été constatées dans ce cas ; en présence de ce symptôme et de la dissémination des lésions qui atteignent, C^5, C^6, C^7, C^8, l'hypothèse d'une atteinte médullaire est vraisemblable. Au point de vue médico-légal, le cas est intéressant puisqu'il pose la question des accidents sérothérapiques dans leurs relations avec les accidents du travail.

Polynévrite consécutive à une injection préventive de sérum antitétanique. — MM. ***Souques, Lafourcade et Terris*** montrent un malade qui présente une paralysie amyotrophique des membres supérieurs. Cet homme, qui avait été il y a trois mois victime d'un accident d'automobile, avait reçu quatre heures après le traumatisme une injection préventive de sérum antitétanique. Six jours après cette injection survinrent des accidents sériques banaux et quelques jours plus tard au milieu de ces accidents sériques des douleurs vives dans les quatre membres et une paralysie rapidement suivie d'amyotrophie dans les membres supérieurs.

Actuellement on constate une paralysie et une amyotrophie

© BIU Santé

des muscles des épaules, des bras, des avant-bras avec réaction de dégénérescence totale ou partielle. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont abolis, il en est de même des réflexes rotuliens. Il n'existe plus aucun trouble de la sensibilité subjective ou objective. Les auteurs pensent que ce syndrome paralytico-amyotrophique a été déterminé par l'injection de sérum.

Il s'agit là d'incidents impossibles à prévoir qui sont tout à fait exceptionnels et qui ne sauraient jeter le moindre discrédit sur l'usage préventif du sérum antitétanique, lequel rend tous les jours des services inappréciables, et doit être rigoureusement suivi. Il est bon cependant de les connaître sinon pour les éviter, du moins pour les attribuer à leur véritable cause.

Péricardite putride d'apparence primitive. — MM. ***H. Dufour et Baruk*** rapportent, avec présentation de pièces, une observation de péricardite putride d'apparence primitive diagnostiquée pendant la vie du malade grâce à l'existence d'une vomique de pus fétide associée à des signes très nets d'hydropneumo-péricarde et grâce aussi aux renseignements fournis par la ponction du péricarde dans le quatrième espace intercostal gauche.

Il s'agit d'un homme de 22 ans entré à l'hôpital après quinze jours d'une maladie fébrile d'allure infectieuse. Dès son entrée, l'examen du poumon est négatif, mais l'auscultation du cœur laisse entendre un bruit à la fois soufflant et frottant, perçu dans l'aire cardiaque dont la matité est très étendue. Le lendemain de son entrée apparaissent dans la région précordiale des bruits hydroaériques rythmés par le cœur.

Quelques heures après le malade rend dans une vomique une demi-cuvette de pus fétide.

L'examen radioscopique montra une ombre péricardiocardiaque très élargie avec conservation des battements.

La ponction du péricarde ramène du pus fétide. Thoracotomie et incision du péricarde donnant issue à du pus fétide sont pratiquées par le docteur Métivet. Pendant l'opération sous anesthésie locale, une syncope utilement et passagèrement combattue par une injection d'adrénaline dans le cœur. Cependant le malade succombe immédiatement à la suite de l'intervention. A l'autopsie on trouve un péricarde épaissi, couenneux, communiquant avec une bronche par une déchirure postérieure.

Les poumons ne présentent aucune cavité gangréneuse.

La sérothérapie de la tuberculose. — M. ***André Jousset*** apporte les résultats que lui ont fournis ses longues recherches sur la sérothérapie de la tuberculose. Il proteste énergiquement contre l'affirmation sentencieuse de ceux, qui niant *a priori* la réalité ou même la possibilité d'un traitement spécifique de la tuberculose, ne font que semer le découragement dans le monde des praticiens.

Sans être aussi parfaite que d'autres, la sérothérapie qu'il a mise au point depuis seize ans, et qui porte aujourd'hui sur plus de 800 cas, fournit parfois des résultats d'une netteté et d'une rapidité telles qu'il est impossible de les attribuer à des coïncidences heureuses ou à l'action d'un choc protéinique banal.

L'auteur montre une série de graphiques de températures équivalant à une démonstration expérimentale. Le principe de l'efficacité de la méthode n'est donc plus niable ; l'imperfection et l'irrégularité de ses succès tiennent moins au sérum lui-même qu'au polymorphisme et aux particularités de la tuberculose.

L'auteur démontrera prochainement quelles sont les conditions de succès de ce genre de traitement.

— Dans le dernier compte rendu de la Société médicale des hôpitaux le lecteur est prié de lire à propos de l'intéressante communication de M. Caussade: «*Syphilis tertiaire fébrile*» avec hémorragies.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 mai 1924.

De l'abus des traitements sanglants dans la cure des fractures fermées. — ***M. Robert Loewy*** s'élève vigoureusement contre la tendance actuelle à intervenir chirurgicalement dans le traitement des fractures fermées, sans motifs valables. Il cite plusieurs exemples de résultats des plus fâcheux.

M. Péreire, à l'appui de l'opinion de ***M. Loewy***, présente une pièce opératoire de fracture vicieusement consolidée du fémur droit malgré une suture au bronze d'aluminium et un séjour de dix mois et demi dans deux hôpitaux. L'amputation de la cuisse a été nécessaire.

Dartigues. — **Anus iliaque à lambeau cutané en verrou (Procédé d'Audry-Jeannel). Complication d'anus artificiel inversé.** Ce procédé, imaginé par Audry et réalisé par Jeannel (de Toulouse) consiste à créer un lambeau cutané qui traverse le méso-sigmoïde, comme un verrou, et qui sert de soutien à l'anse extériorisée aux lieu et place de la baguette de verre de jadis. L'auteur en décrit la technique avec de très belles planches qui montrent en particulier l'application du tube de Paul destiné à éviter la souillure autour de l'anus artificiel. A ce propos, Dartigues montre et schématise la complication de ce qu'il appelle *l'inversion de l'anus artificiel* due à une torsion méconnue du gros intestin.

Paul Barbarin présente « **quelques fractures observées chez des sportifs** ». — De ces fractures, certaines sont curieuses et rares d'autres répondent à des types bien établis et bien étudiés. L'auteur a obtenu des résultats remarquables tantôt par la méthode non sanglante, tantôt par la méthode sanglante. Il résume ainsi les principes du traitement : emploi des rayons X avant, pendant, après l'application du traitement ; immobilisation aussi courte que possible en « ***position idéale*** » pour obtenir le meilleur rendement fonctionnel ; emploi rapide des agents physiothérapiques et de la mobilisation surveillée.

Ostéochondrite de la hanche. — ***Judet*** rapporte l'observation d'un garçon de six ans qui présente depuis l'âge de quatre ans une boiterie peu accentuée et des douleurs vagues dans la hanche. Légère limitation des mouvements, atrophie minime des muscles. Excellent état général.

La radiographie montre avec une grande netteté : fragmentation en trois petits noyaux du croissant osseux — normalement unique — de la tête fémorale. L'auteur suppose qu'il s'agit d'un trouble avec retard dans l'ossification de la tête cartilagineuse, de cause d'ailleurs impossible à préciser. Ni tuberculose, ni syphilis, ni rachitisme.

Luxation isolée du cinquième métacarpien. — ***Peugniez.*** — C'est la première observation d'une semblable lésion.

L'accident fut consécutif à une chute sur la main, le poing fermé. La lésion avait été méconnue et lorsque Peugniez vit le malade, elle remontait à deux mois. Une intervention fut proposée et refusée par le malade.

Peugniez présente trois dessins représentant la lésion sur le squelette. La main du blessé et les muscles adducteur et fléchisseur du petit doigt chargés sur la base du métacarpien et entraînant une forte déviation du petit doigt en dedans et dans le sens de la flexion.

Hydronéphrose volumineuse et calcul du bassinet obturant l'uretère. — ***Le Fur*** présente un rein volumineux et bosselé, du volume de trois poings environ, rempli d'un liquide louche et *aseptique*, qu'il vient d'enlever par néphrectomie lombaire chez une femme de 42 ans. Un calcul se moulait sur le bassinet et les deux grands calices assez distendus. Calcul et hydronéphrose avaient présenté une histoire clinique absolument latente, à part des douleurs lombaires et iliaques assez vagues.

© BIU Santé

LES DIARRHÉES INFANTILES

ET LEUR TRAITEMENT

Les diarrhées infantiles, d'une manière générale, reconnaissent pour cause la suralimentation et l'infection microbienne, conditions qu'on rencontre surtout dans les cas d'alimentation artificielle,mais qu'on observe aussi chez les enfants élevés au sein

Un des meilleurs traitements qu'on puisse leur opposer est certainement la diète hydrique par l'emploi de l'eau de la Reine de Vals.

La Reine de Vals est exempte de tout microbe infectieux, ce qui la rend éminemment propre à la diète hydrique. Elle est assez alcaline pour neutraliser les acides morbides et empêcher le lait d'aigrir ; elle ne l'est pas assez pour entraver l'action du suc gastrique. Elle est légèrement gazeuse, ce qui la rend plus légère et la fait mieux tolérer ; elle ne l'est pas assez pour qu'on ait à redouter coliques et météorisme. Qu'on la donne à un enfant dont le tube digestif est en feu, auquel des pertes incessantes de liquides ont donné une soif intense, il la boira avec avidité — la chose a son importance, elle aussi.

Mais il est indispensable que l'eau de la Reine soit administrée d'une matière méthodique si l'on veut éviter les échecs que seul provoquerait une administration défectueuse.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut d'abord *supprimer absolument* le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau en caoutchouc. On donnera alors, l'eau de la Reine, *froide*, *pure sans addition aucune*. La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même ; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau.

Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux, suivant le cas) on réitère, puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

D'ores et déjà la situation est singulièrement simplifiée : l'intolérance de l'estomac est supprimée et un calme général se produit. On serait tenté volontiers de reprendre l'alimentation de l'enfant, mais il faut attendre encore et continuer l'eau pure jusqu'à ce que son action ait été plus profonde. L'état du petit malade donne les indications nécessaires.

Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'Eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif.

Après un nombre variable de doses d'eau pure bien supportée, on peut reprendre le lait de la manière suivante : dans la quantité d'eau de la Reine adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon), on met une cuillerée à bouche de lait — c'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met deux cuillerées de lait —le mélange peu différent du précédent passe encore. La fois suivante, on met trois cuillerées de lait et ainsi de suite en augmentant, à chaque fois, d'une cuillerée de lait, dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maitenir pendant un certain temps.

L'emploi du lait stérilisé n'apporte pas de modification sensible dans cette manière de faire ; on en est quitte pour mettre moins de lait dans les flacons à stériliser, ouvrir un flacon à chaque fois et procéder au mélange comme avec le lait ordinaire.

Dans les cas mêmes où l'on croit devoir recourir à l'usage du lait concentré, qui parfois réussit où le lait stérilisé échoue, il est facile de délayer ce lait concentré dans l'eau de Vals.

Mais il demeure entendu que la diète hydrique, par l'eau de la Reine pure, doit toujours précéder toute tentative d'alimentation ultérieure.

Il est fort rare qu'avec cette manière de procéder les vomissements reviennent ; si, par hasard, ils réapparaissaient, il conviendrait de supprimer à nouveau le lait, de donner l'eau de la Reine pure et de reprendre la méthode en son entier.

En même temps que les vomissements disparaissent, la diarrhée se modifie : l'odeur et la réaction des selles changent rapidement, leur couleur devient plus normale, elles prennent peu à peu un caractère franchement muqueux. L'affection est alors devenue relativement bénigne ; elle disparaît souvent d'elle-même, ou, si elle se prolonge, elle devient facilement justiciable d'une potion au bismuth.

En résumé, l'action de l'eau de la Reine est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas, elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun médicament pas même de l'acide lactique,si son indication spéciale se rencontre.

L'usage de l'eau de la Reine n'est pas seulement curatif, c'est encore un des meilleurs moyens préventifs contre la diarrhée, et le nombre est nombreux des mères qui, par précaution, au moment des chaleurs, coupent le lait de leurs enfants avec une quantité d'eau plus ou moins grande.

De même, chez les enfants affaiblis par la maladie, alors que les symptômes dangereux auront été conjurés, il pourra être utile de continuer l'usage de la Reine.

Mais ce qu'il faut éviter, c'est que la bouteille d'eau de Vals reste débouchée pendant un temps plus ou moins long, qu'elle soit mal bouchée, qu'elle reste exposée à la chaleur. Il est facile de tenir la bouteille renversée dans un pot et de la laisser séjourner à la cave : de cette façon, elle conserve ses qualités jusqu'à la fin de la bouteille.

Ce qu'il faut éviter bien davantage encore, c'est qu'on se serve d'eau conservée en vidange depuis un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, parfois même une année ?

Quelque invraisemblables que puissent paraître de semblables causes d'insuccès, elles existent et le médecin doit se tenir en garde contre elles.

Chez les enfants élevés au sein, les vomissements et la diarrhée sont plus rares : on les voit pourtant survenir à la suite d'indigestions répétées,les mères n'apportant aucune régularité dans les tétées et laissant généralement l'enfant absorber une quantité de lait trop considérable.

La première chose à faire en pareil cas est de modifier l'hygiène défectueuse : mais l'eau de la Reine peut encore se montrer très utile : on la donne alors par cuillerées avant chaque tétée pour faciliter la digestion.

Si les vomissements continuent, on cesse le lait pour donner l'eau de Vals pure et on reprendra, après leur disparition, l'alimentation au sein d'une manière méthodique.

L'administration de l'eau est alors plus difficile qu'avec le biberon, mais les résultats qu'elle donne sont encore excellents.

Ce traitement des diarrhées infantiles par la Reine de Vals n'est plus une nouveauté : préconisé, il y a trente-cinq ans environ, il a été accueilli avec la faveur la plus marquée par le corps médical, et une expérimentation prolongée n'a fait que confirmer sa valeur.

Si nous avons cru devoir le rappeler au moment où les diarrhées infantiles vont redevenir la maladie saisonnière prédominante, c'est que les communications faites aux sociétés savantes oules articles parus dans la presse médicale le laissent vraiment un peu trop dans l'ombre.

Nous ne voulons certes pas dire que les moyens qu'on préconise ne donnent pas de résultats — mais nous ne pouvons pas non plus ne pas nous étonner qu'on fasse le silence sur un traitement qui, à lui seul, a donné plus de succès que tous les autres réunis.

A. G.

© BIU Santé

REVUE DES THÈSES

Hérédité syphilitique et eczéma. (H. DUVAL, Thèse de Paris, Arnette, éditeur, 1924.)

Toute manifestation eczémateuse survient sur un terrain particulier dont l'étiologie morbide est toujours restée obscure. Ce terrain permet l'apparition des phénomènes de sensibilisation, dont les manifestations humorales peuvent être plus ou moins liées à des troubles endocriniens.

La syphilis, dit l'A., paraît susceptible de transmettre héréditairement un certain nombre de troubles, qui, après avoir été, à un moment quelconque, en rapport avec des lésions évolutives, ont pu aboutir à de véritables dystrophies, qu'il s'agisse de dystrophie humorale, endocrinienne, neuro-végétative, viscérale, ou qu'il s'agisse de caractères morphologiques anormaux.

L'étude des antécédents des eczémateux permet, dans un certain nombre de cas, de mettre en évidence, parfois très loin dans l'hérédité, des manifestations pathologiques éveillant l'idée de syphilis.

Les médicaments dits spécifiques peuvent donc être employés électivement dans le traitement des eczémateux. Ces agents thérapeutiques, utilisés à doses minimes chez des individus dont l'équilibre humoral est fragile, agiront sur le terrain eczémateux et permettront à d'autres traitements de mieux agir, tant sur les troubles physiologiques que sur les manifestations objectives.

Nous ne voulons pas dire, ajoute l'A. que seule la syphilis puisse altérer ainsi, dans des générations successives, l'équilibre organo-humoral. Nous en restons seulement au fait qu'il est important de la rechercher, puisque cette notion paraît comporter une sanction thérapeutique intéressante.

Contribution à l'étude de la bismuthothérapie dans les syphilis cutanéo muqueuses et viscérales. (H. CICILE, Thèse de Lyon, 1924.)

Le bismuth a rapidement acquis depuis deux ans une place de premier plan parmi les médicaments antisyphilitiques.

Les indications, de plus en plus nombreuses à présent qu'on les connaît mieux semblent pouvoir se résumer ainsi :

a) Les cas d'intolérance au mercure et aux arsénobenzènes ;

b) Les cas de mercuro et d'arséno-résistance ;

c) Les cas où paraît préférable un traitement spécifique conjugué : arsenic et bismuth.

Les 18 observations que l'A. a recueillies sur la bismuthothérapie dans les syphilis viscérales autorisent à admettre :

a) L'action manifeste du bismuth sur les douleurs ostéocopes et en général les accidents ostéo-articulaires de la syphilis secondaire ;

b) Son action également certaine sur les aortites syphilitiques avant qu'elles soient constituées en ectasie ;

c) Son action cicatrisante, souvent rapide sur les accidents cutanéo-muqueux, avec stérilisation locale du tréponème ;

d) Son efficacité dans les manifestations viscérales de l'hérédo-syphilis précoce ou tardive qui représentent une de ses principales indications.

La fonction glycolytique du poumon. (Roger DUMAS, Thèse de Bordeaux, 1924.)

La suppression de la fonction respiratoire produit une hyperglycémie et le sang possède un pouvoir glycolytique de moins en moins marqué, à mesure que l'asphyxie est plus poussée.

La quantité de sucre dans un poumon privé d'air est plus forte que celle contenue dans un poumon normal.

Le sang artériel quoique plus sucré que le sang veineux possède un pouvoir glycolytique beaucoup plus marqué que ce dernier.

Une solution glucosée dans laquelle on a mis de la pulpe ou du suc pulmonaire, perd, au bout d'un certain temps, une partie de son sucre.

Le sang circulant artificiellement dans un poumon isolé per une notable partie de son sucre.

Le poumon traité par le même procédé que le pancréas, pour l'extraction de l'Insuline donne un extrait produisant des résultats inconstants.

De ces faits, dit l'A., pouvons-nous conclure à un pouvoir glycolytique du poumon s'exerçant physiologiquement ?

Le problème de la glycolyse est trop complexe pour pouvoir l'expliquer uniquement par le fonctionnement pulmonaire. Dans l'hyperglycémie par asphyxie par exemple, le facteur nerveux doit intervenir et l'augmentation du sucre ne peut être attribuée à la seule suppression de la fonction pulmonaire.

De plus, il est assez curieux de voir que le sang veineux contient ordinairement moins de sucre que le sang artériel, alors que celui-ci est pourtant doué d'un pouvoir glycolytique plus fort. Il y a là une contradiction qui met en évidence la complexité du problème. (Il est probable que le sang en traversant les organes, se charge de substances réductrices abandonnées par les tissus.)

Il n'en reste pas moins que le tissu pulmonaire a un pouvoir glycolytique intense, et qu'en traversant le poumon le sang acquiert un pouvoir glycolytique plus fort.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure que le poumon a une fonction glycolytique indéniable, dont il resterait à préciser le mécanisme physiologique. »

Cinématisation chirurgicale des moignons d'amputation du membre supérieur (appareillage du moignon cinématisé). (Fernand RIGOLAGE, Thèse de Paris 1924.)

La chirurgie cinéplastique paraît avoir été vraiment trop négligée en France. A notre connaissance, aucune observation de cinématisation pratiquée dans notre pays n'a été publiée en dehors de celles renfermées dans ce travail.

Cependant à l'étranger, notamment en Italie et en Allemagne, des amputations cinématiques ont été faites et ont donné des résultats satisfaisants.

La prothèse a encore de grands progrès à faire, une faible partie de la force développée par le moteur plastique ayant été seulement utilisée par les appareils construits jusqu'ici.

En ce qui concerne la prothèse du travail, les pinces soit à action directe, soit à action indirecte, suivant la force du moteur, peuvent donner des résultats excellents, puisque certains mutilés, avec ces appareils, peuvent se livrer à des travaux de menuiserie : manier une scie, une lime.

Il serait désirable que les amputés connaissent les améliorations qu'on peut apporter à leur existence par la méthode cinématique.

La cinématisation des moignons n'est pas seulement applicable aux blessés de guerre, mais elle s'applique aussi aux accidentés du travail, pour lesquels elle permet de réduire notablement le taux d'incapacité professionnelle.

REVUE DE LA PRESSE

La méthode sérologique de Vernes est-elle moins sensible que le Bordet-Wassermann ?

M. BROCQ, qui a analysé les divers documents parus sur ce sujet, arrive aux conclusions suivantes (*La Presse médicale*, 24 mai 1924) :

« Aucun document sérieux ne permet à l'heure actuelle de déclarer que la méthode de M. le Dr Vernes est moins sensible que les autres méthodes sérologiques, et surtout que le Bordet-Wassermann.

Il convient de poursuivre ces recherches de contrôle en se reportant aux dernières publications de M. le Dr Vernes. »

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

L'endocardite rhumatismale

Par M. le Dr AUBERTIN
Professeur agrégé,
Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Messieurs,

Vous avez pu voir, ces jours derniers, dans nos salles deux malades atteints d'endocardite : l'un était un homme âgé, dans un état cachectique, de la pâleur que l'on voit chez les anémiés et surtout chez les grands infectés.

Il ne présentait ni arythmie, ni œdème, ni aucun signe d'insuffisance cardiaque. Deux symptômes intéressants dominaient le tableau clinique : un gros souffle mitral, une fièvre à courbe irrégulière et modérément élevée, — le malade était atteint de l'*endocardite secondaire des cardiaques*. Depuis plus de deux années je le savais porteur d'une insuffisance mitrale et j'ai vu naître et évoluer, chez ce cardiaque ancien, l'épisode infectieux terminal.

A côté de ce premier malade, contrastant avec lui, vous voyez, salle des femmes, une rhumatisante présentant un peu de dyspnée — explicable d'ailleurs par une double complication pleurale (signes d'épanchement à gauche, frottements à droite) et de plus offrant à l'auscultation du cœur des signes peu importants apparus à la pointe sous forme d'un assourdissement léger du premier bruit, et à la base sous forme d'un léger claquement du deuxième bruit.

Cette malade est atteinte de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite dite plastique.

Ces deux malades si différents au premier abord, sont atteints l'un et l'autre d'endocardite infectieuse, mais la deuxième est du type plastique, infectieuse *non infectante*, la première est une endocardite infectieuse maligne.

Le contraste de ces deux cas cliniques nous sera une occasion d'étudier les différentes formes d'endocardite aiguë.

Il n'y a pas, hâtons-nous de le dire, que deux formes correspondant à celles illustrées par nos deux malades : l'endocardite rhumatismale la plus fréquente — l'autre, l'endocardite infectieuse secondaire des cardiaques — mais bien trois formes :

1) L'endocardite simple plastique dont l'endocardite rhumatismale est la forme la plus connue.

2) L'endocardite ulcéreuse, pyohémique et septicémique des classiques.

3) L'endocardite secondaire, lente, des cardiaques.

Aujourd'hui nous étudierons l'*endocardite rhumatismale*.

Etiologie :

Il nous faut ici répéter des choses connues : la coexistence de l'endocardite et du rhumatisme articulaire aigu.

BOUILLAUD a pressenti puis étudié les rapports unissant l'endocardite et le rhumatisme et son travail a abouti à l'énoncé des lois célèbres :

1) Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite est la règle, la loi, et la non coïncidence, l'exception.

2) Inversement : dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la non coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite est la règle et la coïncidence l'exception.

Cette seconde règle de BOUILLAUD doit subir une petite rectification qui a trait à l'enfant :

Le rhumatisme bénin *chez l'enfant* suffit à donner une endocardite.

A côté de l'enfant, il faut placer *le jeune soldat* dont la pathologie est, à ce point de vue, intermédiaire à celle de l'enfant et celle de l'adulte : l'endocardite y est en effet, semble-t-il, plus fréquente que chez les malades de nos hôpitaux civils.

Il y a d'autres rhumatismes qui plus traîtreusement donnent lieu à une endocardite :

1) Le rhumatisme cervico-sciatique, étudié par NOBÉCOURT pendant la guerre, qui comporte peu de fièvre, pas d'arthrite et peut donner lieu à des accidents cardiaques et méningés.

2) *Le rhumatisme musculaire* (lumbago, torticolis).

3) Enfin une affection apparentée au rhumatisme : l'*érythème noueux* — deux symptômes y sont au premier plan : l'éruption papuleuse siégeant aux membres inférieurs, et les douleurs articulaires, arthralgies localisées également avec prédilection aux membres inférieurs.

Or l'érythème noueux s'accompagne quelquefois de complications cardiaques.

Voici pour le groupe de maladies du type maladie de BOUILLAUD.

Mais il est d'autres types de rhumatisme. Tout d'abord les *rhumatismes infectieux scarlatin* et *blennorragique*.

Ces deux formes s'accompagnent très souvent de complications cardiaques : mais ici on objectera que nous sortons de notre sujet.

En réalité, on peut trouver en clinique des malades qui présentent une lésion cardiaque ayant succédé à une angine, à un rhumatisme scarlatin, voire même à une infection passée inaperçue du malade.

Pour ne parler que de la scarlatine, pendant la guerre a été publiée une statistique totalisant 262 cas de scarlatine sur lesquels 22 ont été atteints de rhumatisme. Sur ces 22 cas, 6 auraient présenté une endocardite — alors qu'aucun des autres cas de scarlatine sans rhumatisme scarlatin n'avait eu d'endocardite. Nous pourrions presque nous demander si la scarlatine et la blennorragie ne donnent d'endocardite que par l'intermédiaire du « rhumatisme ».

Enfin la *chorée de Sydenham* s'accompagne souvent de rhumatisme et d'endocardite. Dans quelques cas où elle n'est pas compliquée de rhumatisme, elle donne lieu à une endocardite tout de même.

En définitive, tout se ramène au rhumatisme en réalité, que ce soit le rhumatisme articulaire aigu ou un de ses dérivés, ou un rhumatisme infectieux, ou une chorée, affection dont la nature rhumatismale est admise par nombre d'auteurs.

Etude clinique de l'endocardite rhumatismale :

Le début est insidieux généralement.

Il peut être marqué par de la fièvre, sous forme d'une légère recrudescence de la température, mais la fièvre n'est pas le symptôme essentiel de cette affection. Ce n'est pas parce qu'un rhumatisant a une fièvre très élevée qu'il faut craindre une complication cardiaque et inversement.

Il n'y a pas de parallélisme entre la fièvre et l'éclosion de cette complication.

Voyez par exemple ce qui se passe chez notre malade : la dernière poussée coïncide avec une poussée rhumatismale. Or depuis 3 ou 4 jours la fièvre tombe et l'endocardite est précisément en train de se dessiner.

© BIU Santé

Faut-il croire à la valeur de cet autre symptôme : *la douleur précordiale* ? Non, on doit plutôt penser, quand ce symptôme existe, à une péricardite.

Ce sont les *signes physiques* seuls qui nous permettent le diagnostic.

Ils sont classiques : POTAIN les a décrits. Après lui ils ont été admis puis remis en discussion, finalement copiés par tous les auteurs.

Pour étudier les signes de POTAIN, nous choisirons le type le plus fréquent d'endocardite rhumatismale : *la lésion mitrale.*

Dans un premier stade, du 6e au 10e jour du rhumatisme articulaire aigu, un seul symptôme : l'*assourdissement du premier bruit* qui traduit le gonflement inflammatoire de la valvule.

Cet assourdissement doit être ausculté *au foyer mitral* et il doit s'entendre au *premier bruit seulement* : si l'assourdissement porte également à la base et au deuxième bruit, il faut faire un autre diagnostic : péricardite ou myocardite.

Cet assourdissement du premier bruit est rendu plus frappant par ce fait qu'il y a un clangor à la base. S'agit-il d'une illusion d'acoustique ?

En réalité, non, c'est un vrai clangor, ainsi que l'a montré JOSSERAND. Il siège au foyer pulmonaire et non au foyer aortique.

Pour cet auteur, il est dû à un léger degré de péricardite à l'endroit où l'origine de l'artère pulmonaire est au plus près de la paroi précordiale.

Pour d'autres, il traduirait une augmentation de tension dans la petite circulation.

Retenons que le *clangor de la base* plus perceptible à gauche (foyer pulmonaire) est un signe de début d'endo-péricardite.

A *la* 2e *période* de POTAIN, le son se rapproche de la normale : il est plus dur, tout en restant éteint.

A *la* 3e *période*, il devient sec ; parcheminé, comparable au « bruit de Tabourka », témoignant d'une sclérose commençante de la valve.

Enfin à *la* 4e *période*, au 15e jour environ après le début d'apparition de la lésion, deux alternatives sont possibles : ou bien tout rentre dans l'ordre, le bruit redevient normal, ou bien apparaît un *souffle* qui traduit la lésion valvulaire.

A côté de ce gros symptôme, précoce, de l'assourdissement du premier bruit, sur lequel nous venons d'insister, vient ultérieurement s'inscrire un second symptôme : *le souffle.*

Les souffles peuvent exister dès le début de l'endocardite, mais ce sont alors des *souffles anorganiques*, dont ils ont les caractères particuliers, souffles mésosystoliques, ou méso-diastoliques, appelés par certains souffles fébriles.

Ces souffles-là peuvent parfaitement se voir au début du rhumatisme articulaire aigu, mais sans endocardite. Ils rendent donc le diagnostic d'endocardite plus délicat.

Y a-t-il d'autres symptômes révélateurs de l'endocardite rhumatismale ?

Le *pouls* est rarement significatif : l'éréthisme caractéristique est en effet un phénomène banal.

La *tachycardie* aux environs de 96 à 100, lorsqu'elle contraste avec l'abaissement de la courbe fébrile, serait plus caractéristique et de fait chez notre malade nous voyons le pouls à 96 alors que la température est descendue à 37°.

L'*arythmie* est exceptionnelle.

La *tension artérielle* est rarement modifiée, elle est plutôt basse 10-7,5 par exemple. Rien d'étonnant à constater de l'hypotension dans une affection fébrile polyarticulaire, sans qu'il soit nécessaire d'y voir un signe de lésion cardiaque.

L'*albuminurie* peut ou non exister : à vrai dire elle existe au prorata de la gravité de l'affection rhumatismale (lésion rénale) et non au prorata de l'atteinte cardiaque. Elle n'a pas de rapport avec l'endocardite.

Enfin on a voulu voir un élément de présomption d'endocardite dans les variations *du volume du cœur* : il y aurait précoce augmentation du volume du cœur dans les endocardites aiguës rhumatismales (NOBÉCOURT).

Jusqu'ici cet élément n'a été apprécié que par la percussion de l'aire cardiaque. Il serait souhaitable d'avoir la confirmation radioscopique de ce symptôme, confirmation qui n'a pas été encore produite en raison des difficultés tenant à l'état de ces malades.

NOBÉCOURT estime que cette hypertrophie persiste un mois après l'endocardite rhumatismale.

Nous venons d'étudier l'endocardite mitrale. Dans la *forme aortique* l'évolution est la même. Le plus souvent il y a association de la lésion aortique à une lésion mitrale, qu'il y ait apparition successive ou simultanéité des deux lésions.

Plus rarement la lésion aortique est isolée.

Il n'y a pas de signes fonctionnels :

Rien de spécial dans l'état général, la température, la pression artérielle, le pouls, la matité, l'orthodiagramme. Pas de phénomènes angineux, ni douloureux : il s'agit d'une valvulite aortique aiguë et non d'une aortite.

Quels sont les signes de l'endocardite aortique ?

Les mêmes que ceux de l'endocardite mitrale, mais transportés à la base et au second bruit.

Ce sera donc en première ligne l'*assourdissement du deuxième bruit au foyer aortique* (difficile à diagnostiquer au début en raison de l'accentuation éventuelle du deuxième bruit pulmonaire) puis la succession des autres phases de POTAIN, bruit dur tout en restant éteint, bruit dur et parcheminé, et enfin l'alternative terminale : apparition d'un souffle ou retour à l'état normal.

Dans un grand nombre de cas la *guérison clinique* survient : le bruit sourd peut même redevenir normal en quelques jours sans avoir présenté de dureté.

Il y a deux catégories de souffles aortiques : les souffles du début, *fugaces*, les souffles tardifs, *définitifs*.

Il y a là quelque chose d'analogue par exemple à l'albuminurie des scarlatineux.

Les souffles précoces sont diastoliques ou systoliques. Ils sont doux et légers, le souffle diastolique n'est pas nettement aspiratif. Les souffles sont fugaces, pouvant disparaître en 3 ou 4 jours. Ce ne sont pas des souffles anorganiques : ils sont vraisemblablement en rapport avec de petites coagulations fibrineuses qui pourront guérir sans laisser de trace — mais qui font vibrer l'onde sanguine systolique ou empêchent l'accolement exact des sigmoïdes (NOBÉCOURT).

Ils peuvent apparaître et disparaître isolément — c'est-à-dire sans avoir été précédés des modifications de timbre décrites par POTAIN.

Les souffles diastoliques tardifs, au rebours des souffles précoces, sont *définitifs* et indiquent une lésion profonde des valvules. Ils n'apparaissent que 15 jours après le début, souvent après une période de guérison apparente, ils marquent le début d'une maladie de CORRIGAN, qui ultérieurement donnera lieu aux modifications si caractéristiques de la tension artérielle (diminution de la tension diastolique).

© BIU Santé

Complications :

Cette évolution des formes mitrales ou aortiques de l'endocardite rhumatismale peut comporter des complications :

En première ligne la *péricardite sèche*, il n'est pas rare en effet de voir des frottements de la pointe dans l'endocardite mitrale, et de la base dans l'endocardite aortique.

On les différencie facilement par leurs caractères stéthoscopiques. Leur présence ne doit pas éliminer le diagnostic d'endocardite : derrière le frottement il doit se passer quelque chose, ce quelque chose est l'endocardite.

Quelquefois enfin survient une *péricardite avec épanchement* : la matité cardiaque s'accroît, les bruits du cœur s'éteignent.

C'est là une gêne pour le diagnostic d'endocardite et non plus un secours.

D'autres complications sont possibles : citons la myocardite, l'aortite, les artérites, la phlébite..., etc., nous n'insisterons pas.

Evolution.

Dans un certain nombre de cas la guérison survient : c'est la *restitutio ad integrum*.

A l'opposé, dans d'autres cas, on note l'apparition d'un souffle.

En clinique, des modalités multiples se présentent. Vous en jugerez par les exemples suivants empruntés à Nobécourt (1).

Voici un cas dans lequel l'endocardite mitrale s'est caractérisée par un *assourdissement seul* des bruits.

26 janvier (14e jour du rhumatisme), 1er bruit mitral très sourd.

31 janvier, 1er bruit mitral reste sourd. 2e bruit pulmonaire très accentué.

6 février, 1er bruit un peu moins sourd.

22 février, 1er bruit redevenu presque normal.

13 mars, 1er bruit toujours un peu sourd.

Ainsi dans ce premier exemple, il ne s'est pas produit de souffle. L'assourdissement du 1er bruit mitral a été le seul signe.

2e Exemple : *bruit sourd précoce, puis signes précoces de rétrécissement mitral.*

17 mai (6e jour), 1er bruit mitral sourd, 2e bruit un peu accentué.

30 mai, 1er bruit mitral moins sourd et se prolonge, léger frémissement, souffle présystolique et systolique à la pointe.

10 juin, tout est constitué : frémissement présystolique, roulement diastolique, souffle présystolique.

Matité auriculaire dans le dos.

Le malade est évacué comme rétrécissement mitral.

Autre exemple : *assourdissement suivi d'un souffle.*

4 mai (3e jour), 1er bruit mitral sourd, léger, souffle systolique sus-apexien (peut être anorganique car il disparaît ensuite).

1e bruit pulmonaire accentué.

Puis l'assourdissement du 1er bruit s'accentue, puis le premier bruit, toujours sourd, devient prolongé, un léger souffle systolique apparaît même pendant quelques jours, finalement l'assourdissement du 1er bruit domine.

3 juin (33e jour) : enfin roulement présystolique sus apexien.

4e exemple : *endocardite mitrale et aortique caractérisée par l'assourdissement des deux bruits : guérison.*

20 mars (7e jour), 2e bruit aortique très assourdi, 1er bruit mitral faible.

Jour suivant, 1er bruit mitral devient également très sourd.

27 mars, les bruits sont un peu moins sourds, le cœur grossit un peu, la pointe déborde de 30 mm. Peu à peu les bruits reprennent leurs caractères normaux, mais le cœur reste hypertrophié.

(1) *Archives des maladies du cœur*, 1916.

5e exemple, rare : *assourdissements des 2 bruits, apparition de 2 souffles, puis guerison.*

A partir du 5e jour, on note l'assourdissement du 1er bruit mitral, puis du 2e bruit aortique, puis l'apparition du roulement diastolique au foyer mitral, et d'un léger souffle diastolique au foyer aortique.

Puis ces signes disparaissent.

Enfin citons une 6e et dernière observation qui met en valeur un fait observé plus souvent : assourdissement du 1er bruit mitral, accentuation du 2e bruit aortique, apparition d'un souffle tardif qui reste définitif (souffle holosystolique constant de la pointe après un mois).

Quel est l'avenir d'un semblable malade au souffle tardif persistant ?

C'est désormais un sujet atteint d'une *lésion mitrale indélébile* et son histoire passera par les 3 phases classiques : pendant des années, il sera porteur d'un souffle sans signe d'insuffisance cardiaque, puis surviendra une 2e période où le souffle s'accompagnera de signes fonctionnels : palpitations, dyspnée d'effort, enfin une 3e période de subasystolie puis d'asystolie à répétition : c'est alors le malade tel qu'on le voit à l'hôpital.

Mais cette évolution peut être compliquée d'un fait important :

Une nouvelle atteinte de rhumatisme articulaire aigu peut donner une nouvelle endocardite qui pourra être plus grave que la première et pourra revêtir les caractères de l'endocardite ulcéreuse ou de l'endocardite emboligène.

Chez les vieux rhumatisants avec lésion cardiaque ancienne, il faut se méfier de la transformation de l'endocardite plastique du début en une endocardite plus grave, notamment en une endocardite septique.

Telle est la forme d'endocardite rhumatismale bénigne *quoad vitam*, mais qui deux fois sur trois laisse une valvulite indélébile.

Forme grave de Litten.

A côté de cette forme commune, il nous faut signaler une *forme grave*, étudiée il y a une vingtaine d'années par *Litten*.

A la vérité, le travail de Litten mériterait d'être revisé, on ne doit accepter sa description que sous réserve, car à cette époque on n'avait pas connaissance de l'endocardite secondaire à évolution lente des cardiaques et la bactériologie des endocardites n'était pas suffisamment étudiée.

Ces réserves faites, la forme de Litten tirerait sa gravité du terrain sur lequel elle évolue : c'est l'endocardite rhumatismale chez les débilités. Son début est marqué par des *frissons* violents survenant au déclin des arthropathies, par des phénomènes asphyxiques et des hémorragies, épistaxis notamment.

On n'observe pas d'infarctus, ni de foyers purulents.

Les altérations portent sur les deux cœurs et ne restent pas limitées aux valvules : il y a endocardite *pariétale* des ventricules et des oreillettes.

Forme avec myocardite.

(Myocardite avec dilatation aiguë du cœur).

On peut observer la *myocardite classique* : asphyxie, collapsus, phénomènes syncopaux et mort subite dans un grand nombre de cas.

Cette forme se voit surtout chez l'enfant :

Dans ce cas, aux symptômes précédents se joignent des signes d'insuffisance cardiaque brusque (insuffisance

© BIU Santé

fonctionnelle de la tricuspide) : c'est la grande dilatation aiguë du cœur. Deux maladies donc coexistent.

LES TROUBLES DU RYTHME

Mais il y a d'autres formes, notamment des formes de myocardite régionale, exceptionnelles dans l'endocardite typique et pouvant d'ailleurs survenir sans endocardite. Elles se traduisent par des *troubles du rythme cardiaque* répondant cliniquement à des *palpitations*, mais très intéressants à l'*auscultation*.

Ce sont tantôt des *extrasystoles* plus ou moins irrégulières, mais pouvant parfois succéder régulièrement à chaque systole, constituant le pouls bigéminé.

Tantôt de la *bradycardie*, nombre restreint de systoles ventriculaires succédant à un nombre normal de systoles auriculaires.

Parfois les troubles de la conductibilité réalisent un véritable syndrome de STOKES ADAMS dû au rhumatisme articulaire aigu. Il y a alors par exemple un rythme auriculaire à 117, et un rythme ventriculaire à 63. Dans d'autres cas (ROUTIER, GALLAVARDIN) le phénomène est encore plus accentué, le pouls est à 35, 40 pour un nombre double de contractions auriculaires.

Enfin il peut y avoir contractions simultanées des oreillettes et des ventricules : rythme nodal.

Le pronostic de ces différents troubles de rythme n'est pas aussi grave que chez les cardiaques chroniques.

Autre particularité : ces troubles peuvent varier et s'intervertir chez le même malade d'un jour à l'autre. Enfin la guérison complète peut survenir quand le rhumatisme auriculaire est guéri.

A l'auscultation, parfois on note des signes caractéristiques permettant de faire le diagnostic de cette anomalie sans électro-cardiogramme, on pourra noter des *bruits systoliques éclatants* en rapport avec des contractions simultanées des oreillettes et des ventricules, ou bien des *extrasystoles*. Mais le plus souvent la prise de tracés est nécessaire pour étudier ces troubles du rythme. Et ces anomalies du rythme sont bien de nature rhumatismale, car elles sont antérieures au salicylate, et disparaissent le plus souvent, plus ou moins rapidement, quand le rhumatisme est guéri.

LES TROUBLES CARDIAQUES FONCTIONNELS POST RHUMATISMAUX.

Néanmoins chez d'anciens rhumatismaux sans lésions valvulaires, peuvent exister des troubles cardiaques fonctionnels (JOSUÉ). L'*arythmie complète* notamment, les *extrasystoles* peuvent avoir été créées de toutes pièces par le rhumatisme articulaire aigu sans intermédiaire de lésion valvulaire.

Il faut toujours rechercher le rhumatisme dans les antécédents de ces malades (VAQUEZ) : c'est, somme toute, la permanence de ces troubles du rythme que nous avons décrite ci-dessus.

Pronostic.

Le pronostic *quoad vitam* de l'endocardite pure, sans myocardite, ni péricardite est bon, car les formes d'endocardite grave de LITTEN sont *absolument exceptionnelles*, mais tôt ou tard, la lésion sera moins bien compensée, donc l'avenir est réservé.

Diagnostic.

Le diagnostic a été fait chemin faisant, néanmoins il est intéressant de rappeler les éléments du diagnostic positif, parce que l'endocardite rhumatismale est *bien plus souvent méconnue que confondue avec une autre affection*.

On se basera sur l'assourdissement du 1er bruit à la pointe contrastant avec le clangor de la base, sur la tachycardie, le souffle tardif. Rappelons la nécessité de l'auscultation quotidienne minutieuse de ces malades.

Néanmoins l'assourdissement des bruits pourra être confondu avec un assourdissement dû à une autre cause que l'endocardite :

1° *Dans la myocardite*, l'assourdissement porte sur tous les bruits également. De plus il s'y adjoint des signes d'atonie, de dilatation cardiaque inexistants dans l'endocardite simple ;

2° *Dans la péricardite avec épanchement* il y a éloignement des 1er et 2e bruits à la base et à la pointe. Mais ici l'augmentation globale de la *matité cardiaque*, l'intensité de la dyspnée, les signes de compression du phrénique, rendent le diagnostic différentiel plus facile que celui de la myocardite.

De même que l'assourdissement du 1er bruit, le *souffle* peut être mal interprété et provoquer une erreur de diagnostic. On éliminera facilement les souffles *anorganiques* reconnaissables à leurs caractères particuliers variables, mésosystolique ou mésodiastolique, ne siégeant pas exactement aux foyers *orificiels*. se modifiant avec la position du malade et avec la respiration, au contraire des *souffles organiques* constants et d'apparition tardive.

Mais entre ces deux souffles impossibles à confondre, il y a des souffles à caractères intermédiaires : par exemple des souffles offrant les caractères des souffles organiques mais fugaces, traduisant, pour NOBÉCOURT, l'existence d'une endocardite transitoire et à propos desquels les schémas de Potain sont inutilisables.

Enfin ce dernier point diagnostique reste à discuter : la signification des *arythmies* au cours du rhumatisme articulaire aigu. Souvenons-nous qu'elles n'impliquent pas l'*endocardite* et ne doivent pas ici comporter de pronostic grave, ce sont des raretés d'ailleurs.

Nous en avons fini avec les signes essentiels de l'endocardite aiguë rhumatismale.

Disons un mot de l'anatomie pathologique.

On a rarement l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces cas. La lésion siège à la zone de contact des valves : c'est-à-dire sur la valvule auriculo-ventriculaire, valve mitrale sous forme d'un feston régulier sur la face auriculaire ou supérieure, à un millimètre au-dessus du bord libre, parallèlement à lui.

Sur la sigmoïde aortique, à la face ventriculaire : nodule d'ARANTIUS et ligne qui en part à un millimètre du bord libre et qui correspond à l'accolement des valvules.

L'aspect des lésions est particulier : au début, petites saillies grisâtres et translucides rangées sur la ligne d'affrontement des valves, friables, se détachant au doigt, masquées par des caillots cruoriques adhérents.

Aussi doit-on agir délicatement à l'autopsie pour ne pas effacer ces lésions délicates et les méconnaître.

Si l'autopsie est faite à une phase plus tardive, les lésions apparaissent plus nettement : on a une endocardite verruqueuse ou polypeuse. En général les végétations ne dépassent pas la taille d'un grain de mil ou de chènevis, les végétations petites, friables sont recouvertes de caillots cruoriques.

Dans des cas très rares elles se disséminent en dehors des valves, sur les cordages et jusque sur l'endocarde pariétal.

Aussi cette endocardite est peu de chose cliniquement et anatomiquement.

© BIU Santé

Nous ne nous étendrons pas sur l'*histologie* de la lésion qui montre les phases successives d'œdème inflammatoire et d'organisation aboutissant à la sclérose.

Pour terminer, disons un mot de la *bactériologie*.

On n'est pas d'accord sur le rôle de divers microorganismes incriminés : SACQUÉPÉE nous apprend que l'hémoculture pratiquée dans 25 cas de rhumatisme articulaire aigu a été positive dans 7 cas.

Dans 3 cas on aurait trouvé l'entérocoque et 4 autres auraient respectivement donné le streptocoque, le tétragène, le bacille de PFEIFFER, et un bacille indéterminé du genre ACHALME.

Rappelons en effet qu'il y a 30 ans environ, des auteurs ont cru avoir trouvé le germe du rhumatisme articulaire aigu : ACHALME décrivit un type de bacille anaérobie retrouvé par THIROLOIX ; TRIBOULET et COYON un diplomicrocoque spécial. Ces différents germes ont été retrouvés par certains auteurs et attribués à des infections secondaires. En réalité, la question n'est pas encore tranchée actuellement.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les eaux de « Saint-Sauveur »

Par le Dr **Henri VIGNES**.

Madame le docteur MACREZ a bien voulu me donner, l'autre jour, un exemplaire de la thèse qu'elle a soutenue au début de 1924 et qu'elle a intitulée « Des modes d'action des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur dans les maladies des femmes et la stérilité ». J'ai lu ce travail attentivement, car je suis de ceux qui croient aux vertus des eaux et des fontaines.

Je suis curieux d'en connaître les effets et de lire sur ce sujet des observations prises comme on les prend dans les services des patrons exigeants : grâce à ces histoires cliniques, je peux me rendre compte des lésions et troubles observés à l'arrivée, des réactions réalisées par la cure et de l'amélioration obtenue. A ce point de vue, j'ai été bien servi, car la thèse de Madame MACREZ contient seize observations, de vraies et valables observations, qui proviennent de la pratique de son mari, le Dr P.-E. MACREZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, installé à SAINT-SAUVEUR depuis plus de vingt ans, et de la pratique du Dr CAULET, son oncle, qui, antérieurement, pendant plus de trente ans, fut inspecteur des eaux de St-Sauveur et qui fut un infatigable travailleur. Ce sont là documents avec lesquels il faut compter.

Mais si je suis curieux de connaître les effets d'un traitement, je suis encore plus curieux de connaître les causes vraies de ces effets et j'hésiterai toujours avant d'envoyer une malade à une eau qui agit sans que j'en comprenne le pourquoi. Aussi, après avoir fini de lire la thèse de Madame MACREZ, ai-je accumulé sur ma table les classiques de la gynécologie, J.-L. FAURE et SIREDEY comme ROBIN et DALCHÉ et les classiques de la thérapeutique sulfureuse et aussi la pile des brochures que m'ont adressées des confrères exerçant dans des stations minérales les plus diverses : « il faut plaider » avant de se faire une opinion.

***

Les effets de Saint-Sauveur sont sans doute, pour une bonne part, liés à une cause très générale qui, certes, n'est pas tout, mais qu'il ne faut pas sous-estimer : c'est le grand air, le repos, la vie simple.

Saint-Sauveur est une brave bourgade de France. « Toutes les maisons sont exposées en espalier au soleil levant..., des arbres, des tilleuls surtout, entourent Saint-Sauveur de toutes parts ». Le village est à 735 mètres d'altitude : il se cache dans une profonde cuvette, entouré de montagnes de plus de 2.000 mètres ; il est de ce fait abrité de tous les vents, mais aussi très peu visité par le soleil, assez frais dès que le soir arrive. Les eaux des nombreux torrents, par leur évaporation, créent une humidité accentuée.

***

L'eau de Saint-Sauveur est une eau sulfurée et c'est là son plus clair mérite ; elle contient un peu plus de deux centigrammes de sulfure de sodium par litre, c'est-à-dire deux fois plus que les Eaux-Bonnes et les Eaux-Chaudes, à peu près autant que Cauterets, trois fois moins que Luchon et beaucoup moins que Challes, qui en a son demi-gramme ou qu'un bain de baignoire pour lequel on met soixante, voire même cent grammes de polysulfure dans un quart de mètre cube d'eau (1).

Cette composition chimique est d'importance : car, il semblerait que, pour agir sur l'organisme, le soufre doit être :

soit à l'état métalloïdique ;
soit à l'état d'hydrogène sulfuré ;
soit à l'état de sulfure alcalin.

L'eau est tiède : à peu près 35 degrés, et l'on s'est ingénié pour que bains et injections restent à cette température.

On n'a aucun document sur la radio-activité de l'eau et des gaz. Le conseil municipal s'est refusé à ce que la recherche en soit faite : « oh ! doux rural méfiant ! », pour parler comme le grand poète pyrénéen.

A lire ce que PIERY et MILHAUD, dans leur beau livre « Les eaux minérales radio-actives », ont dit sur la radio-activité de Luchon, on aurait pourtant satisfaction à savoir ce qu'il en est de Saint-Sauveur.

***

Les eaux sulfurées font contracter énergiquement un certain nombre de fibres lisses dans l'organisme : une expérimentation très simple permet, chez la grenouille, de voir se contracter sous leur influence les fibres lisses des petites artères.

Il semble que les eaux sulfurées en particulier fassent contracter les fibres utérines. « Vers le douzième bain, dit « Madame MACREZ, quelquefois plus tard, rarement plus tôt, « la malade qui suit une cure thermale accuse dans le bas-« ventre une sensation particulière, non une douleur, mais « une gêne, un malaise. L'approche des règles provoque « une sensation analogue, mais ce n'est pas exactement « celle que ressent la malade. Elle définit d'ailleurs mal ce « qu'elle éprouve, tantôt c'est un tiraillement, tantôt une « pesanteur, une gêne à certains mouvements, un pincement « passager, rarement une douleur. C'est toujours une sen-« sation fugitive qui ne l'inquiète nullement et qui se repro-« duit plusieurs fois dans le courant de la journée, ou même « la nuit...

« D'eux-mêmes, tous ces phénomènes, quelle que soit leur « intensité, disparaissent la plupart du temps après une « émission par le vagin, plus ou moins abondante et répétée, « d'un liquide qui est rejeté comme un flot inattendu, inon-« dant brusquement la malade....» l'hydrorrhée thermale.

« Le liquide rejeté est incolore, inodore. Il n'empèse pas « le linge et n'y laisse pas de traces quand il est sec. »

La contraction utérine peut aussi parfois déterminer des expulsions de polypes (l'auteur en rapporte trois cas), elle peut même causer des avortements, s'il existe quelque début insoupçonné de gestation.

Il semble que d'autres muscles encore se contractent, tels les muscles périnéaux, ce qui se traduit par une difficulté à

(1) Les eaux de Saint-Sauveur sont onctueuses comme toutes les eaux sulfurées pyrénéennes et cette onctuosité semble due à la présence de certaines algues adaptées à la vie en milieu soufré.

© BIU Santé

introduire une canule vaginale et par le fait que l'eau du bain reste emprisonnée dans les culs-de-sacs vaginaux par la contraction des releveurs et des constricteurs, pour être rejetée au bout de quelques minutes ou de quelques heures.

Les fibres musculaires de la vessie auraient aussi une contractilité renforcée ; du moins l'auteur en donne pour preuve une observation unique et ancienne d'expulsion de pierres vésicales.

Enfin l'eau n'aurait aucune action sur la musculature intestinale, d'après Madame Macrez ; par contre, elle agirait énergiquement sur la musculature des voies biliaires : du moins, dans deux observations, la cure de Saint-Sauveur aurait déclanché des coliques hépatiques.

Je dois à la vérité de rapprocher et d'opposer — sans conclure — les propositions de Madame Macrez concernant l'absence d'action exercée par les eaux de Saint-Sauveur sur le tube digestif d'une part et, d'autre part, les enseignements de divers expérimentateurs sur l'action exercée par le soufre sur le tube digestif. Gubler parle d'une congestion active du tube digestif qui se traduit par de la diarrhée et quelquefois par le développement d'hémorroïdes. Trousseau et Pidoux disent que les eaux sulfurées constipent assez ordinairement. Meyer et Gottlieb enseignent que l'action principale de l'eau sulfureuse est d'augmenter le péristaltisme du gros intestin.

Si je reproduis ces documents, ce n'est point pour chercher chicane à Madame Macrez, mais pour essayer de comprendre le mécanisme très général par lequel le soufre agit sur le système des fibres lisses et sur les nerfs de ce système. A ce point de vue, nous pouvons également relever diverses autres actions des cures sulfurées.

1° *Le soufre stimule tout l'organisme.* « Une fois parvenu dans le sang, dit Gubler, le soufre agit à la manière des stimulants diffusibles.... » « On voit, disent Trousseau et Pidoux, survenir une excitation générale. »

2° *Le pouls est accéléré.* « Le soufre fouette la circulation ». Il se produit des modifications de la tension artérielle. Loeper, en injectant du soufre colloïdal, a observé de l'hypertension, puis un abaissement inférieur au chiffre initial et persistant pendant plusieurs heures. De même, en traitant par des injections de soufre des malades atteints de polyarthrite chronique, Rusznyak (*Klinische Wohenschrift*, 18 juin 1923) a constaté un abaissement marqué de la pression qui, par exemple, dans une artériosclérose d'origine syphilitique, est tombée de 190 à 142 millimètres après deux injections.

3° *Il se produit une vaso dilatation cutanée* : « augmentation dans la chaleur de la peau, augmentation de la transpiration » disent les anciens auteurs.

4° *Il se produit aussi une vaso-dilatation viscérale* : « Le soufre fluxionne les viscères, dit Gubler ..., son action se fait sentir aussi au niveau du tégument interne, spécialement vers la muqueuse des voies respiratoires. Il en résulte pour cette dernière une légère phlogose. » Les eaux sulfureuses, dit Flurin, « produisent une vaso-dilatation et une congestion des bronches... ».

Au total de tout ce que nous venons de parcourir, nous, lecteurs, pouvons conclure que l'action excitante du soufre (dans les conditions d'un traitement par les eaux sulfurées) s'exerce sur toute la série des fibres lisses et qu'elle n'intervient pas seulement sur l'un des groupes musculaires, un peu antagonistes qu'innervent le sympathique ou la vago-pelvien. A.-C. Guillaume, dont l'érudition et les recherches concernant le sympathique sont bien connues, m'écrit, à propos du péristaltisme intestinal causé par le soufre, qu'il faut l'attribuer, non pas au sympathique, mais au tissu myoneural de l'intestin. Et cette conception me ramène à une comparaison de Madame Macrez, c'est à savoir que la cure sulfurée agit à la façon de l'hypophyse. Il me semble qu'il y ait une très heureuse analogie, ainsi soulignée, entre ces deux agents thérapeutiques : l'un et l'autre ne sont pas les excitants d'un des systèmes antagonistes, mais, comme je l'ai indiqué d'après Dale dans ma *Physiologie Obstétricale*, en ce qui concerne l'hypophyse, des substances qui sensibilisent les organes à l'action de leurs stimulants physiologiques ou accidentels.

L'action exercée sur les fibres utérines et sur les fibres vaso-motrices ne peut manquer d'influer sur la menstruation : mais cette influence se ferait sentir de deux façons paradoxalement différentes : tantôt les règles « sont plus abondantes, apparaissent à une date plus rapprochée, ou elles s'accompagnent de fortes coliques » ; tantôt « des ménorrhagies fréquentes s'atténuent en durée et en quantité, »

Si je me rapporte au livre d'Albert Robin, je le vois expliquer ainsi cette différence :

1° un traitement commencé peu avant les règles crée une stimulation circulatoire qui avance l'hémorragie ;

2° au contraire, un traitement déjà poussé jusqu'au stade de l'extrême excitation vaso-motrice bloque les vaisseaux, et, dans ce dernier cas, les antispasmodiques peuvent déclancher les règles.

Tous ces effets d'ordre musculaire persistent pendant quelques semaines après la crise. — « L'action utérine, qui « se traduit par des sensations particulières et le rejet de « liquide, cesse au plus tard six semaines après la cure « thermale, mais très souvent disparaît pendant la durée « même de la cure. Une autre action utérine, une réaction « pourrait-on dire, plus calme, qui se traduit par quelques « malaises fugitifs, quelques sensations variées éphémères, « par une modification dans la quantité ou la date du flux « menstruel — la remplace et peut durer six semaines. Des « améliorations, des guérisons des symptômes de la lésion « sont notées jusqu'au mois de mars de l'année qui suit le « traitement thermal. »

Si donc, pendant ce temps, les organes sont revenus à un fonctionnement normal, tout est pour le mieux ; s'il persiste une épine, ses effets se font sentir à nouveau .. jusqu'à la prochaine cure ou jusqu'à l'intervention d'un traitement plus radical.

L'action exercée sur la tonicité de l'utérus, du vagin et des formations anatomiques qui y sont annexées, par les eaux sulfurées, et plus particulièrement par celles de Saint-Sauveur, nous donne la clef d'un certain nombre des indications que peuvent remplir ces stations. — On comprend que dans les subinvolutions, ces eaux puissent faire merveille, de même que dans toute une série de congestions passives et de métrorrhagies torpides : « Il « n'est pas rare, dit Madame Macrez, de rencontrer chez les « femmes qui ont eu de nombreuses fatigues, de nombreu- « ses grossesses ou qui sont aux abords de la ménopause « — qui ont une mauvaise circulation, quelquefois un cœur « insuffisant — il n'est pas rare, dis-je, de voir de gros uté- « rus mous, lisses, dépassant plus ou moins le pubis, s'ac- « compagnant ou non de congestion pelvienne (hémorroï- « des), simulant quelquefois le fibrome dont ils n'ont ni la « dureté, ni l'irrégularité. Ces gros utérus sont toujours « avantageusement modifiés » par Saint-Sauveur.

L'action sur le muscle utérin peut s'exercer dans certaines métrorrhagies. On pourrait en user pour faire rejeter des polypes, si l'extirpation n'était pas une conduite plus sûre et plus prudente.

Certaines rétroversions, celles qui sont la suite d'un séjour au lit pour pyrexie grave, celles qui s'accompagnent de troubles urinaires ou de règles longues et rapprochées, — certains prolapsus peu marqués, tels ceux qui sont « consé- « cutifs à des interventions obstétricales ou chirurgicales, « notamment quand l'abaissement du col à la vulve a été « nécessaire » peuvent être améliorés : la cure rétablit le jeu de la circulation artérielle et veineuse, tonifie les organes et favorise leur redressement, peut corriger le relâchement des tissus. Une trompe augmentée de volume, sans être un hydrosalpinx, un ovaire prolabé peuvent peut-être reprendre un volume et une attitude normales.

Enfin, la modification du type circulatoire explique les succès obtenus dans certaines lésions inflammatoires ancien-

© BIU Santé

nes, très anciennes, certaines gangues péri-utérines et péri-annexielles, du moins dans leurs formes invétérées, car les cas les plus récents se trouvent mieux des eaux qui agissent surtout par leur thermalité.

***

Le traitement sulfuré modifie la sécrétion du mucus et plus particulièrement, la sécrétion du mucus cervical. — Cette action est recherchée en ce qui concerne le mucus bronchique ou rhino-pharyngé aux stations de Cauterets, de Luchon, de Challes, de Barèges, etc... — en ce qui concerne l'utérus, elle est recherchée aussi à Cauterets (Petit Saint-Sauveur), à Barèges (Barzun), j'en passe et des meilleures, mais plus spécialement à Saint-Sauveur.

Le soufre existe, normalement à un taux assez élevé dans la mucine. Sans en comprendre le mécanisme intime, il est évident qu'une imprégnation sulfurée de l'organisme influe sur la production de cette substance.

En dehors de l'hydrorrhée thermale qui résulte d'une action sur la circulation du corps utérin, il se produit donc une modification des sécrétions muqueuses du col : augmentation momentanée, puis diminution considérable et, d'autre part, changement de consistance, de couleur, de viscosité.

L'action exercée sur les sécrétions utérines et cervicales par les eaux sulfurées, et plus particulièrement par celles de Saint-Sauveur, nous explique l'amélioration de certains catarrhes quelle qu'en soit l'origine : les sécrétions anormales diminuent plutôt qu'elles ne disparaissent, les ectropions s'améliorent. Mais, si j'en appelle de la thèse de Madame Macrez à un article de Monsieur Macrez paru dans ce journal même, peu après la guerre, j'y trouve une phrase qui me laisse rêveur : « Dans les troubles secrétoires, avec ou sans ectropion ou ulcération, les métrites « cervicales, l'action thermale (Luxeuil, Plombières) donne « à peu près le même résultat que l'action résolutive... de « Salies, Biarritz et que l'action tonifiante (Saint-Sauveur). » J'enregistre cette déclaration et je demande de plus amples explications sur les indications respectives de ces diverses eaux, car je pense que le terme « même résultat » signifie même proportion de succès et d'insuccès, et qu'une femme non améliorée ici aurait été guérie là.

Je me rappelle en même temps que mon ami Pierret m'a raconté des histoires cliniques de femmes qui étaient venues aux eaux arsenicales de la Bourboule pour y soigner quelqu'autre affection et qui ont vu leur leucorrhée y disparaître.

J'ouvre Robin et Dalché qui me confirment les améliorations obtenues à la Bourboule et autres eaux arsenicales.

***

L'action exercée sur la musculature et sur la circulation et l'action exercée sur les sécrétions expliquent sans doute les cas très intéressants de conception après une cure. — La thèse de Madame Macrez en contient de belles observations ; le Juge de Segrais en a publié jadis dans les *Archives générales de Médecine* de non moins belles, recueillies à Luchon.

Jean Marcassus, de Saint-Sauveur, qui a été en même temps que moi interne à la Maternité et à qui j'avais demandé quelques renseignements sur la station, m'écrit l'histoire d'une femme de vingt-six ans, mariée depuis six ans et stérile du fait d'une métrite cervicale. « Après une série « de bains, ces pertes cervicales deviennent plus fluides et, « depuis, elle m'a annoncé qu'elle était enceinte. »

On s'est demandé si les conceptions obtenues après une cure sulfurée relevaient des modifications de la tonicité et de la diminution des sécrétions ou s'il fallait invoquer un effet spécial du soufre sur l'ovaire. — « Les « observations compulsées, dit Madame Macrez, ne notent « pas du côté des ovaires de modifications bien appréciables « en volume et en sensibilité. » Cependant, ajoute-t-elle, « on peut soupçonner une stimulation de l'organe puisque « les époques tendent à se régulariser par la cure thermale, « puisque les troubles nerveux sont modifiés, puisque souvent dans les cas de stérilité où un examen objectif ne révèle aucun obstacle à la fécondation, la cure thermale « donne des résultats heureux. »

Rien ne prouve ni n'infirme la réalité de cette action sur l'ovaire. Les heureux effets de la cure sulfureuse sur la fécondation me semblent très suffisamment expliqués par les modifications de la tonicité et par l'action sur les glaires. Pourtant, il serait bien tentant d'admettre que chez certains sujets l'invigoration organique créée par le soufre se traduit par une plus grande vitalité des ovules. Il y a cent ans, Mondat, parlant de la stérilité qui dépend d'une union trop tardive, enseignait qu'elle a été souvent combattue par les excitants du système utérin, notamment les douches sulfureuses pratiquées sur les lombes.

Le fait est que certaines des cures de stérilité à Saint-Sauveur s'expliquent mal en invoquant seulement les facteurs que nous avons dits et Jean Marcassus m'écrit l'histoire d'une femme de trente-six ans, mariée et stérile depuis seize ans, ayant des organes génitaux normaux, des règles régulières, une légère tendance à l'obésité, laquelle vient à Saint-Sauveur en désespoir de cause et est enceinte trois mois après.

***

Tout ce que nous venons de dire des eaux sulfurées ne s'applique pas plus spécialement à Saint-Sauveur qu'à une autre station. Aussi, n'étant nullement partisan de ce démembrement de l'organisme et de la pathologie entre les diverses stations qu'on nomme par euphémisme spécialisation (« tel pays revendique telle maladie ou telle maladie ») je ne me croirais pas obligé de diriger mes clientes sur Saint-Sauveur à l'exclusion d'une autre ville d'eaux, s'il n'y avait une raison valable d'insister en faveur de Saint-Sauveur.

Le curieux de l'affaire, en effet, c'est qu'à côté de son action excitatrice, propre à toutes les cures sulfureuses, la cure de Saint-Sauveur aurait une action sédative qui modérerait les effets trop excitants. » Sans cette action sédative primitive, dit Madame Macrez, les eaux de « Saint-Sauveur ne pourraient être employées que dans « des cas relativement peu nombreux. L'excitation, que les « eaux sulfureuses en général provoquent, interdit leur « emploi chez beaucoup de nerveux. Certaines personnes « accusent vers les 5e et 6e bains une paresse envahissante « et progressive. Elles ont tendance au sommeil, n'ont d'autre plaisir que le repos. Elles lisent, étendues, mais sont « obligées de relire plusieurs fois la même page pour la « comprendre. A la paresse physique se joint la paresse cérébrale. Elles n'écrivent pas. Cet état n'indique pas une « dépression physique : on n'éprouve aucune douleur, l'appétit est conservé, les pulsations sont normales ; normal « aussi le rythme respiratoire. On ne se sent pas fatigué, « la puissance musculaire explorée au dynanomètre, dit le « Dr Caulet, se maintient ou tend à augmenter ».

« On a la même vigueur, mais il faut se faire violence « pour se mettre en route. Alors on peut fournir une marche prolongée, faire même une ascension fatigante. Le « mouvement actif semble dissiper un moment la torpeur « dans laquelle on retombe aussitôt après et un peu plus « peut-être. L'effort à fournir pour se mobiliser est si pénible « que beaucoup y renoncent ».

Les causes de cet état sont difficiles à préciser. Ce problème de la sédation a intrigué les médecins qui ont étudié les eaux de Saint Sauveur.

1° La température tiède des bains peut contribuer à cet effet ; la preuve en est que le simple fait de donner un bain chaud ferait disparaître cet état. L'eau tiède est sédative : une injection tiède prise dans un bain tiède permet n'im-

© BIU Santé

porte où d'en faire la preuve. Mais la température n'est pas le seul facteur de la sédation, puisque les sources sulfureuses de la région qui ont la même température que Saint-Sauveur sont excitantes.

2° Le degré de la sulfuration ne semble pas en cause.

3° L'altitude n'a sûrement pas grande importance.

4° Il est possible que l'état hygrométrique joue un rôle important : Le séjour au village voisin de Luz, distant seulement de 1.200 mètres, mais situé dans une vallée largement ouverte, produit en effet des résultats assez différents sur ce point, si nous en croyons une observation reproduite à la page 19 de la thèse de Madame MACREZ.

Cette action sédative qui se trouve, si providentiellement, corriger l'action excitative et qui est particulière à Saint Sauveur va nous permettre de préciser les indications propres à cette station. — Avec Albert ROBIN, nous opposerons les eaux sulfurées, purement excitantes, et les sédatives ; les premières, telles Cauterets, Luchon ou certaines sources de Barèges, conviennent pour augmenter les échanges languissants et stimuler une lésion locale torpide ; les autres, et Saint-Sauveur en est le type le plus parfait, sont recommandables chez toutes les femmes à réactions excessives, chez les nerveuses, chez celles qui font facilement des éréthismes locaux. On les voit parfois réussir dans ces cas de douleurs pelviennes et de prurit que n'explique nulle lésion perceptible.

ACTUALITÉS

La Ve réunion neurologique internationale annuelle

Cette année, la réunion des 30 et 31 mai avait, pour ordre du jour, la *sclérose en plaques* et, comme rapporteurs MM. les professeurs VERAGUTH (de Zurich) et GUILLAIN. La plupart des communications et des discussions ont, en général, tendu à confirmer les deux rapports présentés, en apportant l'appoint de statistiques nouvelles, en précisant quelques faits particuliers.

Dans son rapport, de caractère très général, O. VERAGUTH a insisté sur la fréquence de la sclérose en plaques qui, en Suisse, dépasserait celle même de la syphilis nerveuse. Son polymorphisme de symptômes et d'évolution et l'attention qu'on lui porte pourraient expliquer qu'on la retrouve si fréquemment maintenant, peut-être parfois abusivement. Au reste, le diagnostic en est souvent malaisé et, souvent, elle peut simuler une compression médullaire, comme GIROT et Y. BERTRAND, LONG (de Genève) en ont rapporté des exemples. Ce dernier, de même que Clovis VINCENT, insiste sur l'utilité de l'examen radiologique au lipiodol, dans ces cas. C'est à ce point de vue que H. CLAUDE a précisé les éléments du diagnostic avec diverses affections. Contre une compression on peut invoquer, au début, la fatigabilité, l'ataxie discrète, l'hypotonie contrastant avec l'aspect spasmodique, les troubles de la sensibilité qui va s'épuisant rapidement, la variabilité des réflexes tendineux.

VERAGUTH a signalé les intéressantes recherches d'Oberholzer sur le diagnostic par l'examen du L.C.R. au moyen de la méthode spectrographique. Rappelant les discussions relatives à la pathogénie de la sclérose en plaques, il a montré que l'anatomie pathologique est insuffisante pour donner la solution du problème ; d'autre part, en ce qui concerne la physiologie pathologique, il lui semble que les rapports paradoxaux entre les symptômes observés et les lésions constatées peuvent s'expliquer grâce à la théorie de von Monakow sur la « diaschisis. » Il rappelle enfin combien, dans ces conditions, nos ressources thérapeutiques se trouvent limitées.

Le rapport de G. GUILLAIN représente une mise au point très précise, très claire, du sujet, tant d'après les travaux récents que par ses propres recherches, poursuivies avec MARQUÉZY et BERTRAND. Constatant la rareté de la forme classique, complète, de Charcot (10 % des cas), il insiste sur le fait que l'affection procède par poussées éloignées, dont les premières, souvent frustes, sont surtout caractérisées par : des phénomènes paresthésiques, de la fatigabilité, des troubles oculaires, quelquefois de l'hypertonie précoce. On peut, dès ce moment, déceler des signes pyramidaux avec exagération des réflexes tendineux, hyper-spasmodicité des adducteurs et abducteurs de la cuisse (Guillain, Girot et Marquézy), diffusion des réflexes (Alajouanine), réflexe médio-pubien, complet ou dissocié (Guillain et Alajouanine). Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis de bonne heure ; le cutané plantaire se fait en extension, ce qui ne peut être simulé dans l'hystérie, si on le recherche soigneusement (Babinski). Souvent on trouve le réflexe du voile du palais aboli (Marquézy). Les réflexes de défense existent souvent, mais assez peu intenses.

Il apparaît que les troubles sensitifs sont fréquents au début, la malade se plaignant de paresthésies diverses. La sensibilité objective peut présenter une dissociation sur laquelle PILTZ (de Cracovie) a insisté, en montrant sa localisation principale à l'extrémité des membres inférieurs. De même pour la sensibilité osseuse, et Cl. VINCENT s'attache surtout à l'étude des troubles de la sensibilité profonde. Le sens stéréognostique présente de fréquentes altérations rappelées par ROGER, BARRÉ. Enfin, les troubles de la miction sont souvent précoces.

D'autre part, on rencontre ordinairement des troubles oculaires : diplopie, amblyopie transitoires. Le réflexe photo-moteur est vif mais mal conservé. Ces phénomènes ont une valeur-séméiologique importante, rappelée par VELTER, LAGRANGE, et s'accompagnent de névrite rétro-bulbaire, avec atrophie du segment temporal de la papille. Tandis que, pour le premier, elle est souvent d'origine sinusienne, s'accompagne souvent de paralysie des mouvements associés de latéralité et que l'hippus est un fait assez banal, pour LAGRANGE au contraire, les paralysies sont rares, l'origine sinusienne est exceptionnelle et l'hippus, intense, est un signe important de fatigabilité pupillaire.

Les signes vestibulaires font rarement défaut, sous forme de vertiges, du nystagmus, et Barré a souligné leur valeur.

Quant aux troubles psychiques ils sont, à l'ordinaire, peu importants, comme l'ont reconnu les auteurs américains. Ils consistent surtout en modifications du caractère, gêne de l'attention, parfois une certaine euphorie et dépendent de lésions corticales associées (LHERMITTE). H. CLAUDE fait remarquer qu'ils ne sont pas suffisants pour nécessiter par eux seuls l'internement, et que le diagnostic, dans les cas douteux, peut être tranché par la ponction lombaire. Targowla rapporte deux observations de sclérose en plaques simulant le syndrome mental de la paralysie générale.

Un élément essentiel de diagnostic est fourni par la ponction lombaire, avec l'étude des réactions colloïdales comparées aux autres réactions biologiques. G. GUILLAIN a établi l'existence d'une dissociation caractéristique : réactions d'hypercytose, des globulines, de Bordet-Wassermann négatives, ou, les premières, très atténuées, tandis que le benjoin est subpositif ou nettement positif, avec propagation de la courbe de précipitation vers la droite (tubes 9 et 10). Cette dissociation est confirmée par les autres auteurs : SOUQUES, ETIENNE et CORNIL, FROMENT, TARGOWLA.

On peut constater fréquemment de l'hyperglycorachie. (SOUQUES, MESTREZAT, ETIENNE et CORNIL). Ces derniers signalent les dangers de la ponction lombaire, qui peut être suivie d'une poussée aiguë avec signes d'hypertension. La tension, mesurée au manomètre de H. Claude, paraît souvent élevée au-dessus de la normale, mais, comme l'a montré celui-ci, il faut tenir compte de la position du malade pour la mesure, et ne retenir que les valeurs supérieures à 70 en position couchée, en vue d'une décompression.

© BIU Santé

On a pu décrire un très grand nombre de formes cliniques, ce qui ne paraît pas réellement utile. Cette multiplicité des aspects réalisés tient à la dissémination des lésions déterminant des symptômes épars et l'évolution par poussées entraînant leur variabilité (A. THOMAS). A côté de la forme commune et de la forme classique de Charcot, on peut retenir une forme oculaire, où les signes ne se complètent que tardivement, les poussées initiales n'étant signalées que par des troubles dans le domaine de la vision ; LAGRANGE et MARQUÉZY en ont rapporté des exemples. Il existe encore une forme paraplégique, simulant la paraplégie spastique d'Erb, où l'on ne trouve pas d'origine syphilitique.

De façon générale, la sclérose en plaques évolue par poussées espacées, séparées par des rétrocessions et peut durer de longues années. Dans quelques cas, la mort survient après une phase de myélite ascendante aiguë (CLAUDE ET ALAJOUANINE, GUILLAIN et MARQUÉZY, SÉZARY).

On retrouve, à l'examen anatomique, des plaques de sclérose disséminées avec, précocement, des lésions associées ; en particulier des lésions périvasculaires ou à distance (A. THOMAS). Y. BERTRAND montre la différence entre les plaques anciennes, cicatricielles, et les plaques récentes, en activité, où se retrouvent tous les processus de désintégration nerveuse qu'il a décrits.

L'étiologie reste des plus obscure. Des cas d'origine familiale ou contagieuse, comme ceux rapportés par LÉRI sont exceptionnels. En règle générale, l'âge d'apparition est entre 20 et 40 ans, fait confirmé par SOUQUES ; cet auteur a néanmoins observé quelques débuts avant 20 ans.

Il paraît bien établi que la sclérose en plaques est d'origine infectieuse, comme l'avait pressenti Pierre Marie dès 1884. Cette notion est confirmée par les travaux récents (H. CLAUDE, SOUQUES) encore que l'on retrouve rarement une infection qui puisse, cliniquement, être incriminée seulement et encore d'un rôle favorisant, de même que le refroidissement ou un traumatisme (BARRÉ).

Selon toute vraisemblance, il s'agit d'une infection spécifique, distincte de la syphilis, de l'encéphalite épidémique, de l'ataxie aiguë, déterminée par un spirochète ou un virus filtrant. L'origine spirochétosique ne paraît pas démontrée, malgré les recherches de H. CLAUDE et ALAJOUANINE, DE MARQUÉZY, et ces auteurs restent sur la réserve, tout en reconnaissant le caractère autonome de l'affection.

Malheureusement, le traitement reste assez indéterminé, surtout hygiénique et anti-infectieux, consistant surtout en injections d'uroformine. Les belles recherches de Ch. FOIX qui utilise le sérum de malades stabilisés contre les poussées évolutives, ont déjà donné des résultats encourageants, mais qui n'ont pas encore fourni la thérapeutique spécifique que l'on est en droit d'espérer.

H. CODET.

REVUE DE LA PRESSE

Nouvelle méthode de prophylaxie de la tuberculose bovine.

En s'adressant aux tout jeunes animaux de l'espèce bovine nés depuis moins de deux semaines, et en leur injectant sous la peau, en plein tissu conjonctif lâche du fanon, une forte dose (50 à 100 milligrammes) de bacille modifié par une longue série de cultures successives sur pomme de terre cuite dans la bile de bœuf glycérinée à 5 p. cent (Bacille BCG), on peut, disent MM. CALMETTE et GUÉRIN (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1924) contre l'infection bacillaire virulente, à ce point qu'ils ne contractent pas la tuberculose si on leur injecte dans les veines, jusqu'au quinzième mois après la vaccination, une dose de bacilles bovins vivants et virulents capable de tuer par granulie aiguë tous les témoins de même âge, en moins de deux mois.

Les jeunes bovins ainsi vaccinés réagissent positivement à la tuberculine pendant tout le temps que leur immunité s'établit. Quelques mois après qu'ils cessent de réagir, cette immunité tend à disparaître et le moment arrive où ils se comportent comme des animaux non vaccinés.

La vaccination par ce bacille BCG est inoffensive, non seulement pour les jeunes bovins et pour les bovidés adultes indemnes de tuberculose, mais aussi pour toutes les espèces animales susceptibles d'être infectées par le bacille tuberculeux.

Ce bacille BCG est complètement privé de virulence. Il a perdu toute aptitude à provoquer la formation de tubercules. Il reste cependant toxique pour l'animal tuberculeux. Les bouillons glycérinés dans lesquels on le cultive renferment de la tuberculine, et les organismes auxquels on l'injecte produisent des anticerpes décelables par le Bordet-Gengou.

Traitement des kératites interstitielles par les sels de bismuth

M. R. MARGERIN (*Annales d'occulistique*, mai 1924) estime qu'il y a intérêt dans le traitement des kératites interstitielles prises à leur début, à associer l'arsenic et le bismuth en traitement mixte.

« Le bismuth-quinby ou muthanol — les deux seuls dont nous ayons l'expérience, — dit M. MARGERIN, sera injecté deux fois par semaine aux doses de trois cc. pour l'iodo-bismuthate de quinine, et de deux cc. pour l'hydroxyde radifère. Entre les deux il sera fait une injection intra-veineuse ou sous-cutanée de quinze à trente centigrammes de 914. Après six semaines de traitement, le malade sera laissé au repos pendant une durée égale, à la suite de laquelle le traitement sera de nouveau repris.

Dans les intervalles de ces cures, les frictions, les suppositoires d'onguent napolitain, les injections intraveineuses de cyanure, ou intramusculaires d'huile grise, les préparations iodo-hydrargyriques, l'huile de foie de morue, pourront être prescrites.

Les traitements locaux, pulvérisations, atropine, pommade jaune, resteront de précieux adjuvants.

Enfin, il ne faut pas oublier que ces porteurs de kératites interstitielles sont souvent touchés du côté des glandes endocrines, que le traitement opothérapique, les préparations à base de chaux, de manganèse, la liqueur de Fowler, agiront de façon salutaire sur leur état général, et par là même sur leur état oculaire ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1924

Symphyse cardiaque et cardiolyse. — *M. Delorme*, en 1895, a proposé et décrit à l'Académie de médecine son opération, la cardiolyse. Dans les cas de symphyse du cœur, elle libère cet organe des adhérences qui, en le fixant au péricarde, en compromettent le développement. Depuis lors, il a consacré à la symphyse cardiaque de nombreux travaux que l'Académie des sciences a distingués.

Deux observations de M. Hallopeau, chirurgien des hôpitaux, ont démontré la très haute valeur de la cardiolyse. Chez les malades, en état grave, le cœur dans la partie découverte par une incision péricardique était immobile. A mesure qu'on le dégageait il reprenait ses mouvements dans la région symphysée.

Non seulement le résultat immédiat fut remarquable, merveilleux, dit M. Hallopeau, mais il se maintint, resta définitif ainsi que l'affirmèrent la radiographie et l'examen clinique. Comme volume et comme force, le cœur resta normal.

Cette méthode fait honneur à la chirurgie française.

M. Delorme conclut en disant que la cardiolyse doit prendre la première place dans la thérapeutique chirurgicale de la symphyse cardiaque.

L'opération conduite par un chirurgien de carrière est simple, facile, non traumatisante. Elle peut se pratiquer avec l'anesthésie locale.

© BIU Santé

On doit y recourir, autant que possible, à une période assez rapprochée du début de la péricardite. C'est alors qu'elle ménage les succès les plus faciles et les plus nombreux. Cependant on ne doit pas hésiter à la pratiquer plus tard. Dans les symphyses avec di atation du cœur, cas extrêmes, elle est urgente et constitue une suprême ressource.

Transmission de la fièvre méditerranéenne par les troupeaux ambulants de chèvres laitières. — ***MM. de Martel, Renault, Césaré et Lévy*** communiquent une observation qui montre qu'il suffit de boire un peu de lait d'une de ces chèvres que promène un berger dans les rues de la ville, aux sons d'une flûte de Pan, pour être infecté. Le Conseil d'hygiène de la Seine a pris à ce propos des mesures utiles. Quant au public, il doit savoir qu'il y a là danger de contagion et qu'il suffit, pour y parer, de faire bouillir le lait de chèvre pendant quelques minutes.

Observations anatomo cliniques concernant les rapports du myxœdème avec l'immunité. — ***M. G. Marinesco.*** — Il s'agit de deux malades atteintes d'idiotie myxœdémateuse, dont la première a présenté, pendant la vie, une série de maladies infectieuses, telles que l'érysipèle à répétition, des accès de fièvre paludéenne, rougeole, et enfin tuberculose généralisée qui a emporté la malade. Dans le système nerveux central on a trouvé une quantité extraordinaire de bacilles de la tuberculose. La seconde malade est morte de grippe espagnole, et dans tous les organes ainsi que dans le système nerveux on a trouvé des streptocoques. L'auteur pense que l'absence de la thyroïde n'a pas favorisé directement l'infection. Il s'agit plutôt d'un retentissement sur la nutrition et le développement normal de l'organisme puisque la glande thyroïde gouverne les échanges nutritifs des organes destinés à fabriquer les anticorps, et c'est à cette diminution de l'activité nutritive des organes qui produisent les substances défensives nécessaires contre les infections qu'est due la diminution de la résistance, à l'égard des maladies infectieuses, dans le myœdème congénital.

Pancréatite atténuée. — ***M. Delbet*** communique deux observations de pancréatite atténuée.

Sur les rations alimentaires en campagne. — ***M. Sacquépée.*** — Parmi les régimes alimentaires du soldat en campagne, la ration dite « de réserve » occupe une place spéciale. En raison de sa destination elle doit se montrer suffisante, sous un minimum de poids, de volume et de simplicité.

Telle qu'elle a été remaniée, il y a quelques années, cette ration suffit au point de vue quantitatif ; le nombre de calories qu'elle apporte est assez élevé.

En est-il de même en ce qui concerne les vitamines ou facteurs accessoires ?

Des trois facteurs généralement admis, les facteurs *B* et *C* paraissent spécialement intéresser l'adulte.

Dans la ration de réserve, le facteur *B* est fourni, autant qu'on sache, par le pain et par le potage.

Quant au facteur *C*, ou facteur antiscorbutique, on sait déjà qu'il ne peut venir du pain, de la viande conservée ou du potage salé.

L'expérience chez l'animal montre, d'autre part, que le chocolat ou le cacao, aliments par ailleurs excellents, n'ont pas la propriété de prévenir l'apparition des accidents chez les cobayes soumis à un régime privé par ailleurs de facteur antiscorbutique : nourris de son, d'avoine et de lait autoclavé, avec ou sans cacao (ou chocolat), les cobayes meurent dans les délais habituels.

Cette propriété antiscorbutique n'appartient pas davantage au café. Non seulement, en effet, il n'est pas antiscorbutique, mais il semble hâter l'apparition des accidents dus à l'avitaminose *C*.

Dans la ration de réserve semble donc faire défaut le facteur *C* dont le déficit serait facilement comblé par addition de citrons, d'orange, etc.

Création de centres hospitaliers de prophylaxie contre la rougeole et la coqueluche. — ***M. Debré*** préconise la création de centres hospitaliers de prophylaxie contre la rougeole et la coqueluche. On y recueillera le sérum du sang des convalescents. On l'injectera aux enfants menacés par le mal, selon la méthode de Nicolle et Conseil ; ils seront préservés ou n'auront que très faiblement un mal trop souvent mortel, par ses complications, chez les jeunes enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1924

Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale (type Launois-Bensaude). — ***M. Ravina*** présente un malade atteint d'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale.

M. Achard, chez trois malades, a constaté de l'éosinophilie.

M. Ménétrier insiste sur l'intégrité des ganglions dans la lipomatose symétrique. Il n'existe aucun rapport entre l'appareil lymphatique et les lipomes.

Myxœdème acquis et eczéma. — ***M. Lortat-Jacob*** présente un malade atteint d'eczématides avec infiltrations et nodules œdémateux chez lequel le traitement thyroïdien par suite des signes de myxœdème, a amené la guérison des lésions cutanées.

Azotémie élevée avec longue survie chez un ancien syphilitique. — ***M. Marcel Pinard*** rapporte l'observation d'un malade atteint de néphrite azotémique d'origine syphilitique qui fut très améliorée par le novarséno benzol puis, qui eut une intolérance extrême à la médication arsenicale ou mercurielle.

Le traitement spécifique d'abord, le traitement symptomatique ensuite et le régime permirent, alors qu'on pouvait craindre une prompte issue fatale, une survie de six années d'une vie active.

M. Lortat Jacob pense que dans les néphrites aiguës, il y a lieu de remarquer que les sels solubles de bismuth sont peut-être moins toxiques pour le foie et le rein. Dans les néphrites chroniques l'iodo-bismuthate de quinine est à recommander.

M. Debré a été frappé par la grande tolérance pour le novarsénobenzol dans un cas de néphrite chronique avec haute azotémie.

M. Labbé ne croit pas que les sels de bismuth soient à employer d'une façon systématique dans les néphrites syphilitiques.

M. Fiessinger, dans un cas grave avec œdèmes, a obtenu une grande amélioration qu'il attribue au traitement arsenical.

MM. Laubry, Louste, Rist, Renaud considèrent qu'il s'agit de cas d'espèces, comme dans les aortites, et qu'il ne peut y avoir de règles générales.

Injections transpariétales de lipiodol dans un cas de grosse caverne tuberculeuse. — ***M. Ameuille*** présente une jeune fille atteinte de caverne tuberculeuse probable du poumon. La diagnostic n'était pas certain. Pour le confirmer, il fit une injection transpariétale de lipiodol dans la cavité, et qui fut bien tolérée par la malade. Cette méthode lui permit d'affirmer la nature de l'ombre radioscopique.

M. ***Sergent*** considère qu'il vaut mieux s'adresser à la voie intratrachéale qui est presque toujours possible.

Résultats expérimentaux de la sérothérapie antituberculeuse. — ***M. André Jousset*** expose les résultats qu'il a obtenus en essayant d'entraver la marche de la tuberculose chez les animaux de laboratoire et en particulier chez le cobaye, expérience cruciale dont on attend généralement la réponse pour juger de la valeur de toutes les médications antituberculeuses et qui, à son avis, ne peut donner, tout au moins avec les sérums antitoxiques que des résultats toujours imparfaits, la maladie du cobaye relevant surtout de la virulence du bacille, celle de l'homme, plus complexe, étant une maladie toxi-infectieuse.

Le sérum préparé par l'auteur, au moyen d'une toxine, est surtout antitoxique et accessoirement antimicrobien. Il possède néanmoins une activité antimicrobienne suffisante pour influencer favorablement la marche de la tuberculose du cobaye. L'abaissement de la température, l'augmentation des poids, l'insensibilité à la tuberculine, le caractère local des lésions, indiquent une action d'arrêt manifeste.

Ces résultats, bien qu'imparfaits, sont d'une telle netteté d'une telle rapidité et d'une telle constance qu'on est bien obligé d'en tenir compte dans le jugement qu'on peut porter sur la valeur de la sérothérapie antituberculeuse. Ils s'ajoutent aux démonstrations cliniques si précises déjà fournies par son auteur.

René GIROUX.

© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %
"L'IODOSOL"
Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"
à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.
EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.
CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES
"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS
Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

R.C. Seine 64264
DERMATOTHÉRAPIE Janvrin pharmacien
TRAITEMENT des
ECZÉMAS (secs ou suintants), PSORIASIS, SEBORRHÉIDES, GALE SYCOSIS, IMPÉTIGO, PRURITS, INTERTRIGO
BAUME DURET
FORMULE
Soufre dissous
Camphre
Goudron, Huile de Cade, etc.
Piot, Lemoine et Royer, 117, Rue Vieille du Temple, PARIS

LIPOIDES H. I.
GYNOCRINOL
STIMULANT et ACTIVATEUR des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Amenorrhée, Troubles de la Puberté, Dysmenorrhée, Stérilité, Ménopause, Sénilité, Hypoovaries.
4 à 6 pilules par jour
GYNOLUTEOL
CALMANT et SÉDATIF des Fonctions ovariennes et de la Menstruation.
INDICATIONS :
Ménorragies essentielles
Troubles de la castration
Règles douloureuses
2 à 4 pilules par jour
Laboratoire J.-M. ISCOVESCO, 107, r. des Dames, PARIS-17e
R. C. Seine 28.038

IODURE DE CAFÉINE
MARTIN-MAZADE
0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ — 2 A 4 PAR JOUR — NI INTOLÉRANCE NI IODISME — LE FLACON 8 FR. 20
ARTÉRIOSCLÉROSE, ASTHME, EMPHYSÈME, LÉSIONS CARDIAQUES DIVERSES
ANGINE DE POITRINE, NÉPHRITES, AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES, HYDROPISIES DE DIFFÉRENTES ORIGINES, SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OBÉSITÉ, MALADIES INFECTIEUSES, ETC.
Echantillon et Littérature : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE, St-RAPHAËL (Var) R. C. FRÉJUS 125

SAINT-HONORÉ-LES-BAINS (NIÈVRE)
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
MALADIES DES ENFANTS
PAYS PITTORESQUE A 6 HEURES DE PARIS ET DE LYON

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Le Médecin de Port-Royal

M. Henri Brémond vient de publier, dans *La Revue de France* (15 mai 1924) quelques réflexions en marge de la thèse que M. Le Charpentier a consacrée récemment à M. Hamon.

Hamon, écrit M. Henri Brémond n'a pas été, comme on l'a dit, un médecin mystique ; il fut tout ensemble mystique et médecin : « Mystique à peu près tout le long du jour et de la nuit : docteur et rien que cela, aux heures de la médecine ».

Comme médecin, fut-il parmi les grands ? On le dit. Mais M. Brémond se demande si c'est bien exact :

« Oui ou non, M. Hamon était-il l'incomparable docteur que l'on nous a dit ? Amas d'épithètes dans nos documents, pas une seule mémorable. Chose singulière, à peine docteur, il se trouve classé parmi les fameux. On ne nous dit pas à quelles enseignes. Ne fût-ce pas uniquement pour son éloquence ?..... Cependant il paraît certain que les confrères de M. Hamon avaient foi en lui. On l'appelle en consultation auprès «des rois et des reines», et, ce qui est plus significatif auprès de l'évêque d'Aleth, M. Pavillon. On faillit même lui confier la précieuse santé d'une autre gloire de Port-Royal, d'un saint en germe, le cardinal de Retz, alors embastillé. Tout cela est impressionnant, mais, encore une fois, qui a-t-il guéri ? Sa plus haute prouesse fut, peut-être, d'avoir fait confiance au quinquina, alors suspect d'hérésie. Nous voudrions mieux. M. Le Charpentier a retrouvé des notes inédites de notre héros sur la dernière maladie de la Mère Angélique et, comme il est la probité même, il les juge avec désolation, avec épouvante : « Etrange exclusivisme de la médecine au XVIIe siècle, écrit-il. Voilà un médecin qui est habile, savant, modéré, prudent, et qui fait cependant subir à sa malade, âgée et mourante, trois purgations et plusieurs lavements comme traitement de fond. C'est qu'il se base, comme tout médecin de cette époque, sur les éternelles humeurs à évacuer. On ne raisonnait guère que sur la base de cette exclusive doctrine de l'humorisme, et il ne s'agissait que d'être logique. « Ils sont contents, dit Mme de Sablé, pourvu qu'ils puissent dire qu'ils ont fait selon la raison ». La théorie, l'apriorisme les aveuglait et les paralysait. C'était des logiciens plus que des médecins ».

Si M. Hamon soignait les malades suivant tous les errements en usage de son temps, ne lui arriva-t-il même pas une fois d'en précipiter un dans l'éternité ? L'histoire est peu connue ; elle a été racontée par M. Feydeau, un ami de Port-Royal, et publiée par E. Jovy. Le personnage qui en fut la victime était un prêtre, M. Mareau, qui, tracassé par la police, était devenu neurasthénique :

« M. Mareau ne guérissait point. C'est pourquoi il voulut prendre du quinquina, qui n'était guère commun en ce temps-là ; pour l'y préparer, M. Hamon lui donna une pilule qu'il avait composée lui-même, nous assurant qu'elle était si douce qu'il l'aurait donnée à un enfant. (C'était) le soir du dernier jour de l'année (1657). Nous lûmes, avec l'abbé Le Roy, quelques endroits du livre du cardinal de Bérulle, qui parle divinement des grandeurs de Notre Seigneur Jésus-Christ. Après quoi M. Mareau s'alla coucher. Pour moi j'eus la pensée de joindre par la prière la fin de l'année au commencement de la nouvelle, et de dire les prières des agonisants pour le premier de nos amis pour qui on ne pourrait pas les dire. M. Villart, (secrétaire de l'abbé Le Roy), qui voulut aussi passer la nuit à prier, les dit aussi avec moi, et nous ne savions ni l'un ni l'autre que Dieu nous faisait prier pour M. Mareau.

Le lendemain, jour de la circoncision 1658, il dit la messe à

(*Voir suite p.* 496.)

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique
et Sel Disodique de l'Acide Copahivique

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURETIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

Doses : 10 à 12 PILULES par jour.

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (Yonne)
R. C. Joigny 1.571 — Usine à Joigny-Epizy (Yonne). — Téléphone 94

Échantillon sur demande

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N. 20.746

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. le Professeur NOBÉCOURT

Les formes traînantes de la méningite à ménincogocoques. Méningo-ventriculites [1]

Comme toutes les maladies infectieuses, la méningite cérébro-spinale à méningocoques est susceptible de revêtir des ÉVOLUTIONS très diverses. Il y a des *formes à évolution très rapide* : tantôt elles sont légères, *abortives* ; tantôt elles sont très graves, véritablement *foudroyantes, suraiguës*. Il y a des *formes à évolution aiguë* : c'est la variété habituelle qui, au bout de 6, 10 ou 15, jours se termine par la guérison ou aboutit à la mort. Enfin il y a des *formes à évolution traînante* ; la maladie se prolonge pendant un mois ou deux mois et même davantage, ou bien elle semble guérir et est suivie d'une rechute.

Les FORMES TRAINANTES **de la méningite à méningocoques** étaient assez communes autrefois, avant la sérothérapie ; elles ont diminué avec celle-ci, mais elles ne sont pourtant pas très rares. A propos d'elles se pose la question des *méningo-ventriculites* ou *méningo-épendymites*.

Si j'aborde aujourd'hui l'étude de ces formes c'est que nous avons soigné récemment, salle Parrot, une petite fille atteinte de ce type clinique.

Cette enfant, née le 24 août 1919, tombe malade le dimanche 9 mars et entre à l'hôpital le lendemain avec une température de 39°6 le soir.

Nous la voyons le 11 mars, au troisième jour de sa maladie. Elle présente une taille (96 cm.) et un poids (14 kg. 600) moyens pour son âge de 4 ans et demi ; sa température est de 39°, son pouls à 154. Elle est abattue, prostrée, immobile, très hyperesthésiée ; on ne peut la toucher ni provoquer des mouvements des membres sans entraîner de la douleur. Elle ne vomit pas et ses selles sont normales. On constate de la raideur de la nuque, modérée d'ailleurs, un léger Kernig. Sur la lèvre supérieure se voit une vésicule d'herpès.

M. Janet, mon chef de clinique, pratique une *ponction lombaire*. Le liquide céphalo-rachidien est peu tendu, trouble, riche en polynucléaires ; il contient des diplocoques ne prenant pas le Gram, intra et extra-cellulaires, qui, d'après les examens ultérieurs sont des *méningocoques* B.

Nous commençons immédiatement la *sérothérapie intrarachidienne* par la voie lombaire. Chaque jour on injecte 40 cmc. de sérum antiméningococcique, d'abord d'un sérum polyvalent, puis, dès que le diagnostic bactériologique est établi, de sérum B ; du 11 mars (troisième jour) au 14 mars (sixième jour), la malade reçoit ainsi 120 cmc. de sérum. On injecte en outre, pendant les trois premiers jours, quotidiennement 10 cmc. dans les muscles, en tout 30 cmc.

Pendant ce temps, la fièvre persiste, irrégulière, atteignant presque toujours 39° le soir ; les symptômes nerveux ne subissent qu'une atténuation passagère. On trouve une albuminurie notable.

Le 14 mars, la température s'abaisse et, le matin du 16, elle est de 37°1 ; l'état général est meilleur ; cependant la raideur de la nuque et surtout le signe de Kernig sont accentués, les mouvements des membres douloureux.

Par précaution, comme nous le faisons toujours dans les cas de ce genre, nous demandons à M. Poulard de pratiquer l'examen du fond de l'œil ; il constate l'absence de stase papillaire ; cependant les vaisseaux sont assez volumineux.

Le liquide céphalo-rachidien est toujours trouble, riche en polynucléaires altérés ; on n'y décèle pas de méningocoques à l'examen direct.

Etant donnée la persistance des symptômes méningés, nous continuons les injections de sérum B par la voie lombaire aux doses de 20, 30 ou 40 cmc., si bien que, le 21 mars, treizième jour de la maladie, la dose totale injectée s'élève à 300 cmc. De plus, voyant que la méningite se prolonge, nous commençons des injections sous-cutanées d'auto-vaccin ; le 18 et le 20 mars, la malade en reçoit un demi-centimètre cube.

Malgré ce traitement, la fièvre persiste et remonte à 39° à partir du 20 mars. La malade maigrit ; à cette date elle ne pèse que 13 kg. 950 et son poids a diminué, en dix jours, de 1.650 gr. Les signes méningés persistent. Le fond de l'œil reste normal. Le liquide céphalo-rachidien conserve les mêmes caractères macroscopiques et microscopiques ; il contient toujours des méningocoques.

Nous continuons la sérothérapie intra-lombaire associée à la sérothérapie sous-occipitale ; le 28 mars, vingtième jour de la maladie, l'enfant a reçu 440 cmc. de sérum. En outre les 26 et 28 mars nous injectons 1 cmc et 1 cmc.5 d'auto-vaccin.

A ce moment, la contracture est plus marquée au niveau de la nuque et s'étend aux muscles vertébraux entraînant de l'opisthotonos ; les jambes sont en flexion, le Kernig s'accentue ; cependant la température est presque normale, l'enfant conserve sa lucidité, les pupilles et le fond de l'œil sont encore normaux. Mais le liquide céphalo-rachidien reste trouble et contient des polynucléaires et des méningocoques.

Nous injectons encore du sérum par les voies lombaire et sous-occipitale : le 31 mars, vingt-troisième jour, la dose totale de sérum s'élève à 530 cmc. La température oscille entre 38°5 et 40°, puis, le 31, tombe à 36°9. L'enfant se cachectise. Elle a quelques vomissements. L'état s'est alors très aggravé. Elle présente maintenant de l'obnubilation cérébrale très nette, répond mal aux questions, refuse de boire. La raideur est très accentuée. Les pupilles ne réagissent plus à la lumière.

Du 2 avril, vingt-cinquième jour de la maladie au 11 avril, trente-quatrième jour, on injecte encore du sérum par les mêmes voies, ce qui porte la dose totale à 680 cmc. La température est irrégulière, l'affaiblissement progressif ; les symptômes méningés sont très accentués ; mais le fond de l'œil reste normal. Le liquide céphalo-rachidien, toujours trouble, contient des polynucléaires et des méningocoques.

Finalement, l'enfant tombe dans le coma et meurt le 13 avril à 22 heures 30 ; la maladie a donc duré trente-six jours.

On pratique l'AUTOPSIE.

Sur la convexité de l'*encéphale* on voit seulement quelques traînées opalescentes le long des scissures. A la base, entre les hémisphères et sur la région bulbo-protubérantielle, il y a de petits amas purulents.

(1) Leçon du 3 mai 1924.

© BIU Santé

La face inférieure du *cervelet* est tapissée d'une nappe de pus assez abondante. Les *ventricules* sont distendus par du liquide trouble ; dans les cornes postérieures est une sorte de crachat purulent, verdâtre, fibrineux.

La *moelle* est tapissée d'un enduit purulent.

Cette petite malade nous a remis en mémoire l'observation d'un jeune garçon de 14 ans et demi que nous avons soigné en 1921.

Le 10 octobre, il est pris de douleurs dans les membres et de la céphalée ; il cesse son travail. Son médecin constate de la raideur de la nuque et un léger Kernig. Les jours suivants, il accuse une céphalée intense, est agité, a de l'insomnie nocturne, des vertiges, de la constipation, une fièvre légère. Le 16 octobre, il vomit et a de la diarrhée fétide. Le 17 octobre, septième jour de la maladie, il entre à l'hôpital.

La température est de 39°4. La nuque est très raide, il y a même un certain degré d'opisthotonos. Il existe du Kernig, de la photophobie, une raie méningitique. La ponction lombaire retire 40 cmc. de liquide purulent, contenant des polynucléaires, sans microbes à l'examen direct ; les cultures donnent des méningocoques qui plus tard seront identifiés du type B.

On commence de suite le traitement avec le sérum polyvalent ; du 17 au 26 octobre, seizième jour de la maladie, l'enfant reçoit 250 cmc. de sérum par la voie intra-lombaire et 70 cmc. en injections intramusculaires. En outre, les 27, 28 et 30 octobre nous injectons sous la peau 0 cmc.5, 1 cmc., 1 cmc. 5 d'auto-vaccin.

Il se produit une légère amélioration. La température, restée tout d'abord au voisinage de 40°, s'abaisse, le 20 octobre, à 38-38°6. Mais le liquide céphalo-rachidien reste louche et contient toujours des polynucléaires.

Dès le 21, la température remonte à 39°8, la céphalée reparaît, le Kernig s'exagère, l'opisthotonos s'accuse, la prostration est grande, l'état général mauvais.

Le 27 octobre, dix-septième jour, la température commence à baisser en lysis et une nouvelle amélioration se produit. Toutefois la raideur persiste.

Le 30 octobre, vingtième jour, bien que la température reste à 37°7-37°6, une nouvelle aggravation se produit : l'enfant est prostré, somnolent ; il a de l'incontinence des matières et des urines.

On continue la sérothérapie ; le 8 novembre, vingt-neuvième jour de la maladie, l'enfant a reçu par voie lombaire 330 cmc. de sérum ; la dernière injection seulement a été faite avec du sérum B.

Pendant ce temps la température tombe à 37° ; le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire coule difficilement et est jaune. Finalement, le 9 novembre, trente-neuvième jour de la maladie la température étant à 37°3, l'enfant est pris de délire, d'agitation ; il pousse des cris ; puis il s'endort et il meurt à 15 heures, sans s'être réveillé.

On n'a pas pu faire l'autopsie.

Je pourrais citer d'autres exemples de *méningites traînantes* à méningocoques.

Dans une leçon du 9 février, publiée en avril dans *La Clinique*, sur *les premières phases cliniques de la méningite cérébro-spinale à méningocoques chez les nourrissons*, j'en ai rapporté deux, dont j'aurai l'occasion de reparler tout à l'heure.

***

Le DÉBUT d'une méningite cérébro-spinale ne permet nullement de présumer si son évolution sera rapide ou traînante. Il peut être le même dans les deux éventualités.

Tantôt la maladie a un *début brusque* : la température s'élève à 39° ou 40° ; le malade a des vomissements, de la céphalée, de la rachialgie, puis au bout de 24, 36 ou 48 heures, apparaissent la raideur de la nuque, le signe de Kernig, etc.

Tantôt nous assistons à des *débuts atypiques et trompeurs*. Pendant plus ou moins longtemps l'attention n'est pas attirée spécialement sur les méninges. Chez le nourrisson, en particulier, on observe assez souvent des troubles digestifs d'apparence banale qui réalisent la *forme gastro-intestinale*.

Quoi qu'il en soit, tôt ou tard, on porte le diagnostic et on commence le traitement par les injections intra-lombaires de sérum antiméningococcique. Dans des cas favorables, très rapidement, après trois ou quatre injections, l'état s'améliore et le malade guérit. Mais dans d'autres circonstances, avec ou sans rémission, les symptômes persistent ; c'est une *forme traînante* qui s'installe.

Ces FORMES TRAINANTES de la méningite à méningocoques se caractérisent par des *phénomènes généraux* et des *symptômes nerveux*.

La *fièvre* n'a rien de caractéristique. Tantôt, comme chez le premier de nos malades, elle est irrégulière, se maintient quelques jours à 39°, puis s'abaisse pour remonter de nouveau, présentant des exacerbations et des rémissions successives. Tantôt, comme chez le second, la courbe rappelle, dans son ensemble, celle d'une fièvre typhoïde. Tantôt enfin la température revêt le type intermittent. Chez certains malades la fièvre persiste et reste assez élevée jusqu'à la mort ; chez d'autres, la fièvre diminue et même disparaît presque complètement dans les derniers jours.

L'*état général* n'est pas toujours très influencé. Pendant assez longtemps, chez notre fillette, il est resté relativement satisfaisant. Le malade s'alimente d'une façon convenable ; il maigrit peu. Au bout d'un certain temps cependant, la nutrition devient mauvaise. Chez certains malades même, à un moment donné, l'*amaigrissement* progresse rapidement pour aboutir à l'état squelettique ; il y a des *formes cachectisantes* dans lesquelles les symptômes nerveux prennent des caractères particuliers que je décrirai tout à l'heure.

Les *symptômes nerveux* se présentent sous des aspects un peu différents suivant les cas ; ils permettent de décrire deux types principaux : une *forme commune* et des *formes spéciales*.

Dans la *forme commune*, nous retrouvons les signes ordinaires de la méningite cérébro-spinale. Le malade présente une raideur plus ou moins accentuée de la nuque ; les membres sont peu contracturés, le Kernig est d'intensité moyenne ; la céphalée est légère ou fait défaut, l'hyperesthésie cutanée est peu accusée ; quelquefois le malade se plaint de douleurs dans les membres, d'arthralgies.

Le fond de l'œil est normal. Le pouls et la respiration sont en rapport avec la température et gardent leur régularité. L'intelligence est conservée, l'œil reste vif. Il n'y a pas de vomissements. L'appétit est suffisant. La constipation est légère et banale.

Dans les *formes spéciales*, apparaît, soit d'une façon précoce, soit plus ou moins tardivement, une symptomatologie particulière.

Ce qui domine alors, c'est l'importance des *contractures*.

© BIU Santé

La nuque est très raide, renversée en arrière, la raideur s'étend aux muscles des gouttières vertébrales et entraine de l'opisthotonos. Les membres inférieurs sont également contracturés, parfois en extension, plus souvent en flexion ; la recherche du signe de Kernig est de ce fait presque impossible.

L'*hyperesthésie* est très marquée ; le moindre attouchement est pénible ; la mobilisation des membres inférieurs, de la nuque, provoque des douleurs très vives.

La *céphalée* est violente, continue, surtout occipitale ; de temps en temps surviennent des exacerbations sous forme de crises qui arrachent des cris au malade et s'accompagnent de vomissements. La céphalée peut être soulagée par une ponction lombaire, mais parfois celle-ci est sans action.

Chez ces malades, il faut surveiller avec une attention scrupuleuse l'*état des yeux* et pratiquer systématiquement des examens du fond de l'œil.

On observe assez souvent des paralysies des muscles moteurs et surtout du moteur oculaire externe avec strabisme convergent, généralement unilatéral, quelquefois bilatéral. Les pupilles sont dilatées ; parfois la mydriase est unilatérale et les pupilles sont inégales. Quelquefois surviennent des troubles passagers de la vision ou s'installe une cécité durable.

A l'examen du fond de l'œil, comme l'ont montré, entre autres auteurs, MM. Félix Terrien et Bourdier en 1909, on trouve des altérations plus ou moins accentuées suivant l'intensité et l'ancienneté du processus. Dans un premier stade, il existe une simple *hyperémie de la papille* ; dans un deuxième stade, de la *papillite*, avec une papille saillante, à bords flous, et des veines dilatées, tortueuses ; au troisième stade, de la *neuro-rétinite*, avec *stase*, qui se traduit par une exagération des phénomènes précédents, par l'existence d'une zone œdémateuse autour de la papille et parfois par des hémorragies.

Il peut se produire des *troubles de l'audition* et parfois une *surdité* complète.

Les malades qui présentent ces divers symptômes tombent, tôt ou tard, dans l'indifférence, la prostration, la somnolence ; il faut les secouer pour qu'ils répondent aux questions qu'on leur pose. Parfois ils prennent un air hébété, comme si leur intelligence s'émoussait.

Quelquefois on observe des *troubles du rythme respiratoire* et du *rythme cardiaque*.

C'est dans les cas de ce genre qu'on assiste à cet *amaigrissement* rapide, à cette fonte des tissus, à cette cachexie dont j'ai parlé tout à l'heure.

Chez le nourrisson la fontanelle devient saillante, tendue et le crâne peut augmenter de volume.

Le tableau clinique que je viens de décrire s'observe assez souvent. J'en ai rapporté, avec Sevestre, un exemple intéressant à la *Société de Pédiatrie*, en décembre 1911.

Un enfant de 7 mois est atteint d'une *méningite cérébro-spinale à début anormal* caractérisées par des troubles gastro-intestinaux qui résistent au traitement habituel. *L'évolution se prolonge*, malgré les ponctions lombaires et la sérothérapie.

Un *syndrome d'hypertension intracrânienne* s'installe. On constate une raideur très forte de la nuque, une cécité due à une double névrite optique par stase, du strabisme interne, une surdité bilatérale. M. Broca pratique, le cinquantième jour, une crâniectomie décompressive et une ponction du ventricule latéral droit, qui retire du liquide contenant des lymphocytes et quelques polynucléaires.

La mort survient quelques heures après l'intervention. On ne constate pas de pus sur la convexité des hémisphères ; la face inférieure des deux lobes du cervelet est recouverte d'un enduit jaunâtre peu épais ; les ventricules cérébraux sont dilatés ; les méninges rachidiennes ne renferment pas d'exsudat, pas d'adhérences.

L'ÉVOLUTION des formes traînantes revêt des modalités différentes suivant les malades. On peut distinguer *trois types* principaux.

Dans un *premier type*, *l'état reste pendant un certain temps relativement stationnaire*. Il y a des périodes d'accalmie et des périodes d'exacerbation, pendant lesquelles la fièvre remonte, apparaissent de la céphalée, des vomissements, de l'hyperesthésie, les contractures s'accentuent. Finalement, les malades peuvent s'améliorer et même guérir ; dans d'autres cas, au contraire, leur état s'aggrave et l'affection se termine par la mort.

Dans un *deuxième type*, la phase aiguë de la méningite est suivie d'une *période d'amélioration* manifeste. On espère que la guérison est proche ; mais on constate cependant la persistance de divers symptômes qui retiennent l'attention. Puis, au bout d'une ou deux semaines, les phénomènes infectieux et les troubles nerveux reprennent une nouvelle activité ; de grands symptômes apparaissent et la maladie se termine souvent par la mort. Ce sont de véritables *formes à reprises* et celles-ci peuvent être multiples. Je les ai rencontrées assez souvent chez les enfants et chez les soldats pendant la guerre.

Avec MM. Jurie de Camiers et Caussade, j'ai communiqué, le 19 novembre 1915, à la *Société médicale des hôpitaux* l'observation d'un soldat de 20 ans qui a présenté plusieurs poussées successives ayant nécessité vingt-deux injections intra-rachidiennes de sérum à la dose totale de 340 cmc. La maladie a duré 66 jours et s'est terminée par la guérison.

Avec M. Peyre, j'ai publié à la *Société médicale des hôpitaux*, le 7 avril 1916, l'observation d'un soldat de 29 ans qui a présenté une *forme grave à évolution prolongée*. Après un début aigu, une amélioration se produit ; le liquide céphalo-rachidien devient clair, mais contient toujours des polynucléaires, une forte quantité d'albumine sans méningocoques ; il persiste de la raideur de la nuque, du Kernig ; de la surdité apparaît ; le soixante-troisième jour se produit une reprise et le méningocoque reparaît dans le liquide céphalo-rachidien. Malgré les injections de sérum anti-méningococcique que nous faisons de nouveau sans provoquer de phénomènes d'anaphylaxie, la mort survient cinq jours après, le soixante-huitième jour de la maladie. Nous trouvons une nappe de pus sur la base du cerveau et la région bulbo-protubérantielle, des ventricules remplis de pus, une gaine de pus autour de la moelle.

Le *troisième type* réalise la *forme à rechutes*. Dans ces cas le malade paraît complètement guéri ; il quitte même l'hôpital. Après un intervalle de quelques jours à deux ou trois semaines, les symptômes reparaissent ; quelquefois la rechute est plus tardive, mais rarement l'intervalle dépasse un mois. M. Netter, dans les *Archives de médecine des enfants*, en 1919, rapporte avoir observé seulement quatre cas de rechutes survenues au bout de 33, 45, 60 et 73 jours ; il s'agissait d'enfants de 8 mois, 5 ans, 11 ans et d'un soldat de 19 ans.

Le professeur Achard, dans le *Journal des Praticiens* du 23 février, a publié l'observation d'une femme de 21 ans qui a une première atteinte de méningite cérébro-spinale, dont elle guérit rapidement ; elle sort de l'hôpital après un mois de séjour. Elle y revient deux fois

© BIU Santé

dans l'espace de trois mois et demi, pour des rechutes et finit par mourir au cours de la deuxième.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'évolution des formes prolongées de la méningite à méningocoque.

Sans doute, il arrive que, même au bout d'un temps assez long, la méningite guérisse ; mais le plus souvent cependant ces formes se terminent par la *mort*. Elle survient du fait de la cachexie ; elle se produit dans le coma, quelquefois de façon brutale par syncope.

La *durée*, très variable, est de un, deux, quatre mois ; elle peut se prolonger pendant cinq ou six mois.

Les manifestations que je viens de décrire ne sont pas les seules auxquelles on puisse assister. Il y a des cas où la maladie guérit ou semble être guérie ; le malade reprend une existence normale, puis au bout de quelque temps, un ou deux mois, apparaissent de la céphalée qui revient par crises de plus en plus violentes et rapprochées, s'accompagnant de vomissements. Le malade tombe dans la torpeur et l'hébétude ; il présente des contractures de la nuque et des membres, des troubles oculaires, parfois des convulsions ; il maigrit, se cachectise. Assez souvent il s'agit de nourrissons et alors la fontanelle devient saillante, le crâne se dilate. En un mot on assiste au développement d'une *hydrocéphalie*, qui témoigne de l'évolution sourde et latente d'une épendymite subaiguë ou chronique.

***

Chez les malades atteints de méningites traînantes à méningocoques il est important de suivre les modifications du LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN, en pratiquant des *ponctions lombaires* plus ou moins rapprochées suivant la phase de la maladie.

Au *début*, le liquide est généralement trouble, plus ou moins purulent ; il est riche en polynucléaires ; l'albumine y est abondante ; on y trouve en général des méningocoques.

Quand l'*amélioration se produit*, on assiste, au cours des ponctions successives, à la diminution de la purulence ; finalement le liquide devient clair. Parallèlement, le taux des leucocytes diminue, il tombe, quand le liquide devient clair, comme je l'ai montré avec Peyre dans la *Presse médicale* du 19 octobre 1916, au-dessous, de 500 par millimètre cube ; les polynucléaires disparaissent et font place aux lymphocytes ; le taux de l'albumine reste élevé pendant assez longtemps.

Quand il s'agit d'une *forme traînante*, ces modifications ne se produisent pas ; le liquide céphalo-rachidien reste trouble ou purulent ; on y trouve toujours de l'albumine en grande quantité ; le taux du glucose reste abaissé ; les polynucléaires persistent, tantôt presque à l'état de pureté, comme chez notre petite malade, tantôt associés à des lymphocytes ; mais la formule lymphocytique, qui est un des bons indices de l'amélioration, ne se constitue pas. Les méningocoques peuvent disparaître comme dans les formes favorables, mais dans d'autres cas, ils persistent : il se produit des variations dans l'aspect du liquide céphalorachidien dans sa constitution cytologique, chimique et bactériologique, suivant les phases cliniques de rémission et d'aggravation.

Si le liquide reste ainsi trouble, il n'y a aucun doute que le processus continue d'évoluer. Mais chez quelques malades, le liquide devient clair et cette apparence est en désaccord avec les constatations cliniques ; il contient alors des leucocytes plus nombreux et de l'albumine en plus forte proportion que dans les cas favorables. Alors, même si on ne trouve pas de méningocoques, il faut craindre une reprise de la maladie.

Parfois la ponction devient très difficile ; on retire avec peine quelques centimètres cubes de liquide ou une seule goutte de pus ; la ponction peut même rester blanche. Parfois le liquide est teinté en jaune : il ne s'agit pas de xanthochromie par hémorragie comme dans d'autres circonstances, mais d'une coloration due à la non résorption du sérum injecté ; généralement d'ailleurs on ne peut alors en injecter qu'une petite quantité.

Au moment des reprises ou des rechutes, tantôt le liquide devient trouble, contient des polynucléaires et des méningocoques ; tantôt il reste clair.

Quand la ponction lombaire présente les difficultés que je viens de signaler, quand, malgré la persistance de signes cliniques, le liquide qu'elle retire devient clair, il convient de faire des *ponctions hautes*, soit au niveau de la colonne dorsale, soit au niveau de la colonne cervicale, soit dans l'espace sous-occipital.

Alors, tantôt la ponction lombaire et la ponction haute retirent des liquides qui présentent les mêmes caractères : tantôt la ponction haute retire un liquide purulent, tandis que la ponction lombaire reste blanche ou retire un liquide clair : on est autorisé à penser qu'il s'agit des *méningites cloisonnées*, étudiées par le professeur Marfan, en 1916, et M. Hallez, en 1917.

Enfin et surtout il faut pratiquer des *ponctions ventriculaires*. Chez le nourrisson, dont la fontanelle est ouverte, il est facile de faire pénétrer l'aiguille dans le ventricule latéral. Chez l'enfant plus âgé dont la fontanelle est soudée et chez l'adulte, il faut pratiquer d'abord une trépanation.

Dans certains cas, la ponction ventriculaire reste blanche. Dans d'autres cas elle retire un liquide purulent présentant les caractères décrits tout à l'heure pour le liquide céphalo-rachidien.

Dans d'autres cas où le liquide est clair, mais contient des lymphocytes et de l'albumine en assez forte proportion, cette constatation n'exclut pas toujours, comme nous le verrons, la présence de pus dans les ventricules.

Le liquide peut être clair dans un ventricule, trouble ou purulent dans l'autre ; il faut donc toujours ponctionner les deux ventricules. Enfin le liquide ventriculaire peut être semblable à celui que retire les ponctions au niveau du rachis ou en différer : alors l'un est clair et l'autre purulent.

Quand il s'agit d'une *hydropisie ventriculaire tardive*, on trouve un liquide clair, qui contient des lymphocytes et de l'albumine ; ce liquide peut être stérile ou contenir des méningocoques.

A L'AUTOPSIE, on trouve des altérations plus ou moins complexes.

Dans les *formes communes*, on constate des lésions diffuses.

Sur la convexité des hémisphères, on voit des traînées purulentes, jaunâtres ou blanchâtres, surtout le long des sillons et des scissures ; souvent elles sont peu importantes ; parfois elles font défaut.

A la base, le pus est généralement plus abondant ; il forme une nappe purulente qui occupe le lac sylvien, le lac central, le lac bulbo-spinal, les lacs cérébelleux supérieur et inférieur.

Les *ventricules cérébraux* sont peu distendus ; ils renferment cependant presque toujours soit du pus, soit du liquide louche ou clair avec des magmas purulents déposés dans les cornes des ventricules latéraux.

© BIU Santé

Les *méninges spinales* contiennent un liquide trouble ou purulent et une nappe de pus qui engaine la moelle, surtout au niveau de sa face postérieure.

En somme, les formes communes sont liées à une *méningo-ventriculite diffuse*, sans rétention de pus dans les ventricules ; les communications persistent entre les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens.

Dans les *formes spéciales* que je vous ai signalées, on trouve d'une façon générale les mêmes lésions, mais avec quelques particularités.

Sur la *convexité de l'encéphale*, la méningite est souvent peu étendue. Mais, par contre, la base est tapissée d'une nappe purulente très développée, qui recouvre l'espace interpédonculaire, la protubérance, le bulbe, qui envahit l'espace compris entre le cervelet et l'isthme de l'encéphale, l'espace qui sépare le cervelet de l'encéphale. Le pus forme une gangue épaisse, traversée par des brides conjonctives, formant des cloisons qui séparent des poches remplies de pus, englobent les nerfs crâniens et le chiasma des nerfs optiques.

L'importance de cette localisation avait frappé les médecins anglais. Still, Care, Gee et Barlow, etc., ont même décrit comme une entité spéciale, une *méningite basilaire postérieure*.

En outre, les ventricules cérébraux sont distendus généralement par du pus, quelquefois par un liquide clair ; mais alors il peut y avoir des amas de pus dans la corne ventriculaire. La distension des ventricules est attribuée à l'oblitération des trous de Monro, qui font communiquer les ventricules latéraux avec le ventricule moyen, ou les trous de Luschka et Magendie, par lesquels le liquide secrété dans les ventricules gagne les espaces sous-arachnoïdiens.

Il s'agit, dans ces formes, d'*épendymo-ventriculite cloisonnée*, avec rétention de liquide dans les ventricules.

La ventriculite est rarement isolée. Le plus souvent il existe en même temps des lésions méningées localisées surtout au niveau de la base.

Je ne parle pas des cas rares où il y a un *cloisonnement des méninges spinales* constaté par M. Marfan ; M. Lewkowicz ne l'a jamais rencontré.

***

Nous pouvons maintenant considérer les grandes FORMES ANATOMO-CLINIQUES des méningites cérébro-spinales traînantes.

Il y a des *formes communes*. Elles ne comportent pas de symptômes nerveux particuliers ; elles ont les signes classiques de la méningite cérébro-spinale ; les ponctions lombaires successives retirent un liquide céphalo-rachidien plus ou moins abondant, trouble, contenant des polynucléaires et des méningocoques. Il n'y a pas d'interruption des communications entre les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens.

Il y a des *formes spéciales*. Elles se caractérisent par l'importance des contractures, les troubles oculaires, la torpeur, la prostation, la cachexie rapide. Dans ces formes, on trouve des lésions basilaires très marquées et des lésions ventriculaires. Il s'agit d'une méningite basilaire, d'une méningo-ventriculite libre. Dans certains cas se surajoutent des crises de céphalée très vive avec vomissements, de la stase papillaire, qui indiquent une rétention de liquide dans les ventricules.

Suivant les malades, ce sont les lésions basilaires ou les lésions ventriculaires qui dominent. Il n'est pas toujours facile de faire cliniquement le départ entre les unes et les autres. Il faut toutefois retenir que les crises de céphalée très vive avec vomissements résultent généralement d'une distension des ventricules.

C'est le même tableau que l'on observe dans les hydrocéphalies qui se développent parfois à la suite d'une méningite à méningocoques.

Chez tous ces malades, il faut suivre avec grand soin les modifications du fond de l'œil qui révèlent souvent l'existence des altérations du chiasma ou des phénomènes de stase papillaire.

Parfois surviennent des troubles respiratoires et cardiaques indiquant la participation du bulbe.

Dans les formes spéciales, les ponctions lombaires, les ponctions hautes, les ponctions ventriculaires, donnent des renseignements précieux sur lesquels je me suis étendu tout à l'heure.

L'étude anatomo-clinique des méningites traînantes montre la constance ou tout au moins la très grande fréquence des *lésions des ventricules cérébraux*.

Les avis diffèrent sur les modalités suivant lesquelles se réalise l'association de la méningite et de la ventriculo-épendymite.

Pour les uns, pour M. Dopter, par exemple, la ventriculo-épendymite est secondaire à la méningite : il s'agit d'une « méningite compliquée de ventriculite ».

Pour d'autres, et c'est l'opinion qu'a soutenue le professeur Lewkowicz à différentes reprises, récemment encore dans les *Archives de médecine des enfants* de mars et d'avril, la lésion première est au niveau des ventricules.

La méningite est avant tout une choroïdo-épendymite ; « les ventricules latéraux constituent en réalité le siège essentiel de la maladie » ; le méningocoque se localise tout d'abord dans les plexus choroïdes.

Je n'aborde pas la discussion de cette question qui importe peu pour le sujet que nous étudions. Retenons que les ventricules sont toujours lésés dans les formes traînantes ; qu'ils constituent un véritable réservoir de méningocoques, que ceux-ci y restent longtemps vivants et de là se répandent dans le liquide céphalo-rachidien en suivant les voies par lesquelles il circule.

Pourquoi dans certains cas la méningite se prolonge t-elle ?

Il y a des facteurs qui nous échappent. Il semble que, dans certaines endémies, le méningocoque possède une résistance particulière ; les formes prolongées y sont en effet plus fréquentes que dans d'autres. Il y a des moments où l'activité du sérum délivré par les instituts paraît être faible.

Pour quelques malades, une conduite défectueuse du traitement peut intervenir : la sérothérapie a été ou tardive, ou trop timide, ou n'a pas été réalisée avec le sérum rigoureusement spécifique, correspondant à la variété en cause A, B ou C.

Un facteur, qui joue un grand rôle c'est la réalisation d'un obstacle au passage dans les ventricules du sérum injecté par voie lombaire dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cet obstacle peut résulter de processus diversement interprétés. Le professeur Dopter et d'autres auteurs pensent qu'il se produit des adhérences dans les méninges médullaires, une méningite cloisonnée, ou bien une oblitération des trous de Magendie, de Lushka ou de Monro, entraînant le *bloquage* des ventricules ou d'un d'entre eux. M. Lewkowicz déclare n'avoir jamais observé de cloisonnement. Il pense qu'il se produit d'une façon très précoce de l'œdème cérébral qui entraîne l'augmentation du

© BIU Santé

volume du cerveau ; celle-ci cause la compression des flumina et des lacs sous-arachnoïdiens qui constituent les voies efférentes des ventricules, et, d'autre part, l'enfoncement des parties postéro-intérieures de l'encéphale dans le trou occipital, « ce qui rend la communication à ce niveau plus difficile et peut, dans certains cas, déterminer une interruption complète du courant du liquide céphalo-rachidien ». Par suite, le sérum injecté par la voie lombaire ne peut pas pénétrer dans les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale et dans les ventricules.

L'âge semble jouer un rôle dans la prédisposition aux formes traînantes. On admet qu'elles sont surtout fréquentes chez les enfants et principalement chez les nourrissons. Pour M. Dopter, la cause en est l'étroitesse, chez eux, des trous de Magendie et de Lushka. Pour M. Lewkowicz, chez les nourrissons, le tissu cérébral est très souple et le cerveau s'œdématie facilement : « il se développe vite une oblitération des sillons et une hydrocéphalie consécutive, à cause de la laxité du tissu cérébral. » Par contre, à partir de deux ans et chez l'adulte, la consistance plus ferme du cerveau s'oppose à l'œdème.

Il convient de remarquer que les formes prolongées se voient non seulement chez le nourrisson, mais également chez les enfants plus âgés et chez les adultes. Je n'aborde pas la discussion de cette pathogénie elle m'entraînerait trop loin.

D'une façon générale, d'ailleurs, il faut savoir que le sérum introduit par voie lombaire ne passe qu'en très faible quantité dans le liquide ventriculaire. M. Bujak, en 1919, a constaté que, tandis qu'on trouvait, dans les premières heures suivant l'injection, une concentration très élevée de sérum dans le liquide céphalo-rachidien, celle-ci n'était que d'environ 1 %, dans le liquide ventriculaire ; très rapidement d'ailleurs elle diminue parce que le sérum se résorbe. Donc l'injection intra-lombaire de sérum n'en fait pénétrer qu'une très faible quantité dans le liquide ventriculaire. Ce fait est important pour le traitement.

***

Considéré du point de vue qui nous occupe, le TRAITEMENT des méningites à méningocoques doit avoir tout d'abord pour but de *prévenir les formes prolongées*.

On peut les prévenir par une *sérothérapie* précoce, intensive, répétée, d'abord avec un sérum polyvalent, puis avec un sérum rigoureusement spécifique, c'est-à-dire avec un sérum anti A, anti B ou anti C, dès que la variété de méningocoque est déterminée.

Dans la règle, on pratique l'*injection lombaire* ; mais, pour les raisons que je viens de donner, il serait peut-être préférable de pratiquer d'emblée, suivant le conseil de M. Lewkowicz, l'*injection intra-ventriculaire*. Comme l'écrit M. Dopter : « Si la méthode semble pouvoir être appliquée systématiquement chez le nourrisson, chez l'adulte, les résultats ne paraissent pas tels qu'ils la nécessitent, et jusqu'à ce que de nouveaux faits se montrent plus favorables, il semble qu'on ne soit autorisé à la mettre en œuvre que si on s'est assuré de l'existence de l'épendymite. »

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux enfants dont la fontanelle est soudée, chez qui une trépano-ponction est nécessaire. En tout cas, si on utilise cette méthode il faut pratiquer les injections ventriculaires des deux côtés. On injecte des doses de 5 à 15 centimètres cubes.

On peut encore exercer une action préventive de la prolongation d'une méningite en pratiquant d'emblée une *injection intra-veineuse* ou *intra-musculaire* de sérum ; ces deux modalités sont sensiblement équivalentes. Cette injection est indiquée contre la septicémie méningococcique qui précède la méningite ; elle est également utile pour atteindre les *gîtes de méningocoques* situés dans les plexus choroïdes ou, dans les gaînes périvasculaires de l'écorce cérébrale qui peuvent entretenir l'infection méningée.

Il faut poursuivre la sérothérapie également avec beaucoup de persévérance. D'une façon générale, je procède d'après les règles que j'ai indiquées avec MM. Jurie des Camiers et Tournier à la *Société médicale des hôpitaux*, le 30 juillet 1915. On fait d'abord pendant trois jours une ou même deux injections quotidiennes. Puis on se comporte suivant la façon dont évolue la maladie et dont se comporte le liquide céphalo-rachidien.

Si le liquide se clarifie, si les modifications sont favorables, on espace les injections de 2, 3 ou 4 jours, mais on les poursuit jusqu'à ce que le liquide soit clair, que le taux de l'albumine y soit notablement diminué et qu'il ne contienne plus que des lymphocytes.

Si le liquide reste trouble ou s'il contient toujours des polynucléaires et des méningocoques, on continue les injections de sérum tous les jours ou les deux jours sans se lasser. Je vous ai rapporté des faits où cette conduite a eu d'heureux résultats.

Mais alors la question se pose de l'*injection intraventriculaire*.

Chez le nourrisson, j'estime qu'il faut la pratiquer sans attendre et introduire du sérum dans les deux ventricules latéraux.

Chez les grands enfants, comme je le disais tout à l'heure, on peut attendre. Mais je ne pense pas qu'il faille attendre l'apparition des symptômes fixant l'attention sur les ventricules. J'estime, et les faits que j'ai rapportés tout à l'heure me confirment dans cette opinion, que si, au bout de quelques jours, l'amélioration n'est pas manifeste, si le liquide n'est pas devenu clair, si la méningite tend à prendre une allure traînante, il faut, sans attendre les troubles oculaires, et les divers symptômes de compression intra-crânienne, pratiquer la trépano-ponction et les injections intra-ventriculaires.

Dans certains cas les *injections sous-occipitales*, les *injections intra-cervicales* ou *intra-dorsales* peuvent avoir leurs indications. Rappelez-vous l'importance que peut avoir la nappe purulente dans le lac bulbo-spinal et dans le lac cérébelleux inférieur. On peut espérer par ces injections porter directement le sérum au niveau de ces lésions, alors que les injections intra-ventriculaires ne peuvent avoir d'effet.

Somme toute, étant donnée la diffusion des lésions, il faut introduire le sérum par toutes les voies d'accès.

Le *résultat des injections intraventriculaires* n'est pas aussi favorable qu'on pourrait le présumer. En 1921, dans son livre sur *l'infection méningococcique*, M. Dopter en a relevé 35 cas avec 26 morts ; dans la première enfance, la mortalité a été de 81,81 % ; chez les grands enfants, de 86,24 %. Il faut, il est vrai, noter à la décharge de la méthode que les interventions ont été souvent tardives. Mais, même en les pratiquant d'une façon précoce, on n'arrivera pas toujours à éviter ou à guérir les formes prolongées et traînantes, car aux lésions ventriculaires sont généralement associées des lésions basilaires qu'on n'atteint pas directement avec le sérum,

MM. Boidin et Weissenbach, en 1917, ont eu recours à la *bactériothérapie*. Je l'utilise depuis longtemps et j'in-

© BIU Santé

jecte sous la peau un auto-vaccin chauffé à 55° ou iodé, dès que la maladie se prolonge, en même temps que je continue la sérothérapie.

Les effets de cette thérapeutique sont bien difficiles à apprécier.

Comme l'écrit M. Achard dans la leçon que je citais tout à l'heure : « à vrai dire, les anticorps passent en assez faible quantité du sang dans le liquide céphalo-rachidien... L'usage de ces vaccins paraît plutôt convenir aux accidents généraux qu'aux accidents méningés. »

Naturellement on a recours aux *médications adjuvantes* : bains chauds, etc.

Voyons ce que nous avons obtenu par ces traitements chez les enfants atteints de méningites à méningocoques à évolution traînante, de méningo-épendymites.

Pour la *première malade*, fille de 4 ans et demi, la sérothérapie a été commencée le troisième jour. En injections intralombaires, puis sous-occipitales, elle a reçu 680 cmc. de sérum ; au début, elle a reçu en outre 30 cmc. en injections intramusculaires. A partir du dixième jour, on lui a injecté 3 cmc. d'auto-vaccin. Elle est *morte* le trente-sixième jour, avec des lésions étendues.

L'importance des lésions de la base permet de douter que nous ayons pu la guérir par les injections intraventriculaires.

Pour le *deuxième malade*, garçon de 14 ans et demi, la sérothérapie a été commencée le septième jour ; il a reçu 330 cmc. de sérum par la voie lombaire et 70 cmc. dans les muscles. A partir du dix-septième jour, on lui a injecté 7 cmc. d'auto-vaccin. Il est *mort* le vingt-neuvième jour.

Voici un *troisième cas*. Il s'agit d'une enfant de 7 mois soignée en mars 1921, dont la courbe de température est publiée dans la quatrième édition de mon *Précis de médecine des enfants*.

La sérothérapie est commencée seulement le quatorzième jour. La malade reçoit en injections lombaires 136 cmc. de sérum. A partir du dix-huitième jour on lui injecte 6 cmc. 5 d'auto-vaccin iodé. Elle *guérit*.

Le vingt-sixième jour le liquide céphalo-rachidien est normal.

Voici *deux autres cas* cités dans ma leçon du 9 février.

Chez un bébé de 3 mois et demi, la sérothérapie est commencée le treizième jour ; on introduit 65 cmc. en injections intraventriculaires, A partir du dix-huitième jour, on lui injecte 2 cmc. 8 d'auto-vaccin. L'enfant *meurt* le vingt-sixième jour.

Chez un garçon de 5 mois, on commence la sérothérapie le septième jour. Il reçoit 250 cmc. par voie intralombaire et 40 cmc. par voie intra-musculaire. La ponction ventriculaire ne retire pas de liquide. Le vingt-huitième jour survient une amélioration manifeste avec disparition des symptômes méningés ; le liquide est clair et contient des lymphocytes.

Cet enfant reste à l'hôpital jusqu'au cinquante-cinquième jour sans présenter de rechute méningée ; mais il se cachectise. La ponction lombaire faite à ce moment retire un liquide clair, amicrobien, contenant 0 gr. 50 centigr. d'albumine par litre et 11 lymphocytes par millimètre cube.

Ces faits vous montrent combien est complexe la pathologie de la méningite cérébro-spinale à méningocoques à tous les âges et particulièrement chez les enfants. Ils vous montrent qu'avec des thérapeutiques comparables les évolutions peuvent être très différentes. Ils vous montrent combien le traitement est délicat, combien il demande d'ingéniosité et de persévérance de la part du médecin. Malheureusement, malgré tous les soins, on perd et on perdra encore un trop grand nombre de malades.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

LETTRE DE RHÉNANIE

L'arme bactériologique

J'ai sous les yeux le texte d'une conférence de M. le Médecin-Inspecteur Georges (1) conférence dont on trouvera le résumé dans le n° du 3 juin 1922 du *Paris-Médical*.

L'imagination, la littérature commencent à solliciter les plumes de romanciers professionnels ou occasionnels, heureux de bénéficier d'une source nouvelle d'intérêt ; écrivains, somme toute, bienfaisants en l'occurence puisqu'ils attirent notre attention sur un danger possible. Mais avec le médecin-inspecteur GEORGES il ne s'agit pas de littérature. M. GEORGES est un militaire, un homme de guerre. Au sortir du Val-de-Grâce il mena la dure vie saharienne et, âgé seulement de 27 ans, il fit preuve, au combat de Bou-Khanfous (9 septembre 1894) de tant d'autorité, d'initiative et de commandement qu'il reçut, de ce chef, la croix de la Légion d'honneur pour fait de guerre.

L'expérience acquise depuis lors par M. le Dr GEORGES au cours d'une longue carrière particulièrement instructive ne lui permet pas de se repaître d'illusions ou de faire miroiter des fantasmagories. Il voit ce qui est et suppute ce qui peut-être.

Et d'abord il a le mérite d'exposer nettement *ce qui fut*, n'établissant bien entendu sa relation que sur des faits indiscutables :

Au début de l'année 1917, un agent allemand arrêté dans la zone des armées fut trouvé porteur d'un matériel destiné à introduire la morve parmi les chevaux de la cavalerie française. Cet agent fit des aveux. Les instructions qu'il avait reçues étaient précises : utiliser le bouillon de culture, dont on le trouva muni soit en versant le liquide sur le fourrage destiné à l'alimentation immédiate des chevaux, soit, au moyen d'un attouchement nasal à l'aide du pinceau imbibé de liquide, provoquer autant que possible une écorchure sous le naseau du cheval au moyen d'un fil de fer, l'opération étant susceptible d'être plus efficace que l'onction.

D'autre part lorsque les Etats-Unis entrèrent en guerre, le Préfet de police de Bucarest obtint de la légation des Etats-Unis qui avaient jusqu'à ce moment la charge des intérêt allemands dans cette ville, l'autorisation de perquisitionner à la légation allemande. On y trouva des caisses contenant des explosifs et une boîte ; la boîte renfermait des ampoules contenant les unes des cultures de bacilles du charbon, les autres des cultures de bacilles de la morve. La boîte qui contenait en outre une instruction dactylographiée sur le mode d'emploi des cultures (2) était parvenue par le courrier spécial de la valise diplomatique à la légation allemande de Bucarest laquelle, surprise par l'entrée en guerre de la Roumanie s'empressa, avant de quitter le pays, d'enterrer la boîte dans le jardin de la légation.

(1) *L'arme bactériologique, future concurrente des armes chimiques et balistiques ; tentatives allemandes répétées de son emploi de* 1914 *à* 1918 ; *ses limites de rendement*, conférence par le Dr L. GEORGES, médecin-inspecteur de l'armée, chef du Service de Santé du 20e Corps, faite le 16 février 1922 à l'école régionale des officiers de complément de Nancy. En donnant cet article à l'imprimerie, je signale la perte cruelle que vient de faire le Corps de santé en la personne du Médecin-Inspecteur Georges, médecin distingué, chef brave, patriote éminent.

(2) L'instruction portait : employer comme convenu. Chaque ampoule suffit pour 200 pièces..... Faire connaître par une note brève le résultat.

© BIU Santé

Tels sont les faits, du moins les faits connus. Ils permettent de supposer qu'il en fut d'autres qui demeurèrent secrets (1) et que le succès de la guerre par le poison chimique (gaz asphyxiants) conduisit l'Allemagne à envisager la possibilité de s'acquérir de nouveaux moyens de destruction par l'étude méthodique des possibilités de l'emploi militaire non seulement des poisons chimiques autres que les gaz asphyxiants, mais encore de celui des actions bacillaires.

Fut-elle restreinte à la destruction de troupeaux, on s'aperçoit tout de suite, comme le fait justement remarquer M. le Dr Georges, qu'une offensive victorieuse par le bacille pourrait avoir des conséquences fort graves pour l'adversaire, privé de ses cheptels.

Mais, si la proie *animale* n'est pas à dédaigner la proie *humaine* est autrement tentante. « Une fois entrés dans la voie monstrueuse de l'empoisonnement collectif, écrit M. le médecin-inspecteur Georges, ces spécialistes sont logiquement tenus de viser haut et de « faire grand » puisqu'il s'agit d'atteindre au vif un chiffre d'effectifs ennemis dont la grandeur est sans précédent dans l'histoire. Vous vous rappelez qu'à elle seule, la France a mobilisé un total de huit millions 410.000 hommes et entretenu constamment en ligne sur le front occidental un effectif moyen journalier de plus de 2 millions et demi de soldats. » M. le médecin Georges, tout en signalant les empoisonnements au moyen des différentes sortes de poisons, réserve à l'examen des principales maladies contagieuses de l'homme et de l'animal la part la plus importante de son travail. Il passe assez rapidement sur celles dont l'emploi par l'ennemi lui paraît impossible ou improbable c'est-à-dire *sur la fièvre jaune, sur les dysenteries, sur la diphtérie,* sur la *malaria, le typhus* et accorde, par contre, le principal de son attention à *la peste, au choléra, aux fièvres typhoïdes* et aussi aux maladies épizootiques : *morve, charbon, fièvre aphteuse*.

Je ne puis retracer ici son exposé ni relater ses opinions, que ratifieront tous les esprits scientifiques. Je crois qu'il serait fort important qu'un groupe de bactériologues prit la question par tranches, l'étudiât, parfois même la traitât en faisant appel, à la *méthode expérimentale,* dans la limite où cette méthode est praticable. A titre d'exemples : un groupe de chevaux (par exemple de chevaux destinés à être abattus) étant parqués à P..... quelles conditions de temps seront nécessaires à des aviateurs partis de A..... pour joindre clandestinement ces chevaux et pour leur faire une inoculation ou tout au moins une piqûre aux naseaux ; quels obstacles sont à prévoir ? *Expérience défensive* . conditions de temps nécessaires pour faire vacciner un nombreux cheptel pâturant dans un lieu éloigné de tout centre et menacé par une épizootie.

Ces *grandes manœuvres de l'arme bactériologique* nécessiteraient souvent que les auteurs des thèmes de tactique bactériologique se fissent provisoirement des âmes de criminels je veux dire pénétrassent leurs esprits de la scélératesse que l'on est en droit d'attendre des procédés de l'adversaire. Supposer par exemple que, par une nuit obcure, des avions déposeront, aux environs d'une grande ville, des rats fraîchement inoculés de peste, qu'aux abords de troupeaux de moutons, des avions mettront en liberté des essaims de mouches charbonneuses, etc.

Sans doute sont-ce les arrières que menacera le danger. En ligne même la contamination bactériologique risque trop de faire office d'*arme à double tranchant*. Contaminer l'ennemi, ce n'est pas seulement se résigner à ne pas lui prendre de terrain, à ne pas lui faire de prisonniers, à se laisser infecter par ses cadavres, c'est encore se heurter à l'impossibilité de détruire intégralement la vermine qui ne connaît pas de frontière : rats, souris, puces, mouches, etc. ou bien c'est se résigner à vacciner, s'il est possible, contre la maladie contagieuse (mesure qui demandera beaucoup de temps et attirera l'attention de l'ennemi) toute la population militaire et civile de la nation décidée à user, à titre de moyen militaire, de cette maladie contagieuse.

Pour ces raisons, *j'imagine mal un état-major doué de bon sens, se résignant à employer au front l'arme bactériologique*. Toutefois cette arme — toutes réserves faites sur son rendement — manifestera vraisemblablement ses effets sur les arrières et ces effets seront *imprévus et subits*.

Elle pourra même se manifester à l'avant en des occurrences à la possibilité desquelles il ne faut pas se refuser de croire : cas du vaincu forcé à la retraite et dans l'état d'esprit que l'on pourrait appeler l'état d'esprit à la Rostopchine c'est-à-dire l'état d'esprit que traduit le vers fameux « *Tombe sur moi le ciel pourvu que je me venge* ! » l'état d'esprit de la créature qui frappée et chassée devient la proie d'une idée unique, d'une idée fixe : *se venger*.

Elle pourra encore — l'arme bactériologique — tenter l'orgueil d'un solitaire. Un isolé ou bien un groupe d'exaltés peuvent, par dérèglement d'esprit et contre la volonté même de leurs dirigeants, forger et employer l'arme bactériologique. Et ceci n'est pas particulier à l'état de guerre. L'acte peut relever du crime le plus vulgaire et s'étaler dès le temps de paix (1).

L'emploi de l'arme bactériologique est donc possible ; il est même probable, et c'est pour parer à la soudaineté de ses attaques que, bien que je sois fort loin d'en redouter des effets aussi considérables que ceux de l'arme *balistique* et de l'arme *chimique*, je demande expressément (2) :

L'étude méthodique de la question par des spécialistes soumis à une direction unique,

La surveillance attentive des recherches, des tentatives, des efforts faits à l'étranger particulièrement chez l'adversaire éventuel,

L'instauration d'expériences et de « grandes manœuvres » de l'arme bactériologique. Ces expériences ouvriraient des horizons.

L'installation, en temps de guerre, au Q. G. de la division, d'au moins un médecin bactériologue, médecin pourvu d'un laboratoire mobile. A défaut de défensive bactériologique l'activité de ce spécialiste ne manquera pas d'être incessamment sollicitée au profit de la santé du soldat.

Je demande par surcroît que notre presse, que nos savants et nos penseurs, écrivains et écrivistes, nos littérâtres de tout poil et de toute plume consentant à abandonner *l'attitude-tremolo*, c'est-à-dire les flétrissures, adjurations, implorations, objurgations, appels à la justice mondiale etc. Cette attitude ne serait recommandable que si l'on en pouvait attendre un profit. Tout au contraire, elle est dangereuse.

Elle obtient du consensus universel (ou de ce qui le représente) un verdict de condamnation, mais ce verdict léger comme une plume à ceux qui le donnent bénévolement, est pour les malheureuses dupes qui imaginent en bénéficier, le narcotique qui endort la vigilance. La sentence du 29 juillet 1899, rendue à la Haye, sentence qui interdisait l'emploi des gaz asphyxiants ; nous a valu de ne point nous prémunir contre les gaz asphyxiants. Combien de morts ? combien d'infirmes ? Il est onéreux l'appel à la conscience universelle !

Et parmi ceux qui rendent le verdict quémandé, combien s'ils parlaient sincèrement, n'exprimeraient-ils pas leur opinion — justifiable ou injustifiable — de la façon suivante : « Du moment que toutes les morales, toutes les religions admettent la légitimité de la guerre nationale c'est-à-dire reconnaissent au cours de la guerre le droit de

(1) *V. dans le mémoire précité le solide exposé, de M. le médecin-inspecteur Georges au sujet des conceptions et procédés allemands et de l'empoisonnement des eaux.*

(1) Le crime est immuable mais les moyens du crime se perfectionnent en même temps que *l'instrument*. L'arquebuse puis le révolver ont succédé au poignard ; à la bombe anarchiste peuvent succéder le gaz toxique et le bacille. C'est un danger auquel il convient de penser, car il peut menacer nos agglomérations, comme il menace déjà l'individu. M. le médecin-inspecteur Georges remémore le cas d'un escroc criminel, Girard, qui, en 1910, afin de toucher le montant d'assurances sur la vie, contractées à son profit, fit absorber aux contractants des bouillons de culture de bacilles d'Eberth, bouillons qu'il s'était procurés dans le commerce, *car la vente en est libre*.

(2) Voir au sujet de ces désiderata l'article précité du *Progrès Médical* (3 mai 1923) ; *la guerre des gaz et les temps de déficit.*

© BIU Santé

tuer, dans la lutte, l'ennemi de la patrie, importe-t-il vraiment que la mort soit donnée par un procédé plutôt que par un autre ? Seule, dans la bataille, est inadmissible la torture c'est-à-dire la mort de l'adversaire aggravée *volontairement* par un *surcroît* de souffrances *inutiles*. Et ces souffrances inutiles, et aussi les morts infligées en un autre temps que celui du combat, tout cela, qui est indéfendable, même cela puisque vous l'avez oublié et en quelque mesure pardonné... *pourquoi* venez-vous nous demander de condamner ce que, nous, nous considérons comme défendable ? »

Car au sortir de la dernière guerre, des nations ont témoigné de ce que *même cela* — la torture — oui, *même cela*, elles l'avaient oublié.

Même cela.

La guerre est-elle évitable ? *Qui terre a guerre a.* La France avec toutes ses richesses, les facilités que lui vaut son climat tempéré, ne peut manquer de susciter la jalousie et la cupidité de ses ennemis.... et de ses amis. C'est dire qu'elle doit s'attendre en tout temps à la guerre.

Mais de tous les adversaires ou de tous..... les amis qui la guettent, nul plus que l'Allemand ne la menace dans son existence même. Tous les Allemands adorent la terre de France ; la plupart pour y assouvir leurs instincts, tous leurs instincts, beaucoup par besoin de s'éduquer au contact d'une civilisation plus subtile, d'en savourer les finesses et les grâces, de se les incorporer. Chez tous du plus fruste, du plus grossier ou du plus criminel au plus fin et au plus honnête le « *nach Paris* » allume aux yeux une convoitise, où, en des proportions diverses, se mêlent de la haine, de la jalousie, de l'amour, du mépris et de l'admiration.

Brisé dans son élan vers la conquête du monde, l'Allemand pleure ou menace, *promet à sa rancune des vengeances impitoyables*. Ce désir de revanche n'est point ce qui m'inquiète le plus. Organisme vigoureux, passant vite de la cruauté à la sensiblerie et de la sensiblerie à la cruauté, l'Allemand a besoin de haine fréquemment. Nous sommes l'objet de sa haine, mais qu'un procédé assez dur à son encontre vienne de quelqu'autre, à cet autre ira la haine, à nous — sans transition — une cordialité étreignante passablement dangereuse. Aveuglément soumises aux conducteurs, qui disposent de la *force* grégaire, des masses allemandes, groupées selon les affinités ethniques ou religieuses, pourraient constituer d'intéressantes individualités — pourvu que ces individualités sentent le mors c'est-à-dire le point d'appui sur les dents, point d'appui qui leur est indispensable, dont elles éprouvent le besoin, sans lequel elles demeurent impuissantes et désemparées. Jamais le principe des nationalités, principe fertile en batailles, n'a laissé passer occasion plus exceptionnelle de causer le moindre mal en restreignant au profit de luttes médiocres les chances d'une guerre de grande envergure. A condition d'être le plus *fort*, de le proclamer, de le faire sentir avec justesse, il n'est rien qu'on ne puisse attendre en de nombreuses régions d'Allemagne. Et ce serait erreur de croire que la *force* devrait éviter de se parer d'un double rayonnement ; le prestige séculaire de la France, la popularité du principe des nationalités, principe très propre à faire éclore, dans les petits pays dominés, de la rancune contre le gros voisin qui les a asservis. Par contre, il faut le reconnaître ce serait moins que de l'héroïsme, ce serait pour un Allemand pure sottise que d'entrer en lutte contre des chefs tout puissants, avérés ou occultes, pour lier son sort à une force qui n'ose ou ne peut s'arffimer complètement qui, par surcroît, ne promet pas de se maintenir assez longtemps pour que la question capitale des représailles, envers ceux qui se tourneraient vers elle, puisse cesser d'inquiéter justement les esprits.

Si l'Allemagne demeure unie, si une volonté forte la gouverne — que cette volonté soit soviétiste ou impériale — l'instinct qui pousse les peuples allemands vers l'Ouest trouvera pour se satisfaire son maximum de cohésion et de force. Ce ne sont point les colères bruyantes, les rancunes basées sur des faits, sur des mensonges ou sur des prétextes qui nous valent le danger permanent de l'invasion. C'est bien plus grave que cela. C'est, je le répète, un instinct *celui de la marche vers l'Ouest*, non les sentiments variés qui n'en sont que des expressions successives ou contradictoires, c'est cet instinct qui pousse ceux de l'Est vers la France, terre promise parce que terre de joie et terre de richesses. De cette condition résulte que, pendant un temps qui peut être fort long, la destinée de la France comme celle de l'Allemagne dépendra en majeure partie, en partie capitale, de ce qui est et sera à l'est de l'Allemagne.

Sans doute il n'est pas beaucoup d'esprits réfléchis qui se puissent laisser gagner par la conviction qu'on désarme un peuple en lui enlevant son matériel de guerre. L'histoire a déjà valu à cette conception simpliste un démenti éclatant.

Que faut-il pour faire la guerre ? Une volonté, des chefs, des cadres, du matériel et du matériel humain.

Pour l'Allemagne la volonté est plus que de la volonté : c'est *son instinct vers l'Ouest*, instinct dont l'union allemande exaltera la force, instinct dont la fragmentation de l'Allemagne en pays allemands diminuerait la vigueur, tout au moins gênerait, paralyserait, retarderait le besoin d'expansion.

Les cadres, l'Allemagne les a conservés ; elle les entretient méticuleusement ; elle a aussi des chefs. D'ailleurs en règle générale les chefs n'éclosent-ils pas quand et où ils sont nécessaires ? N'a-t-on pas vu des avocats et des fermiers boers s'improviser généraux et se montrer bons généraux ?

Le matériel humain, l'Allemagne le possède en abondance. Les réservoirs inépuisables de la Russie et même de l'Asie sont à ses portes. Et plus les moyens militaires, plus l'instrumentation, la machinerie se perfectionnent, moindre est le temps nécessaire pour faire un soldat.

Reste la question essentielle du matériel.

Débarrassée de par la volonté des vainqueurs de la majeure partie d'un matériel de guerre en partie périmé ou en passe d'être périmé, incitée par conséquent à inventer, à faire du nouveau, de l'inédit, l'Allemagne dispose d'un outillage économique formidable, outillage qu'elle peut développer indéfiniment en créant, dans la Russie, des organes allemands d'extraction de minerais, de fabrication, d'industrie, de commerce. Encore se peut-il que le matériel de la guerre à venir soit beaucoup moins coûteux que celui des guerres passées. L'usine donne indifféremment le produit chimique du temps de paix, le *gaz toxique* du temps de guerre ; l'*avion* est d'un prix peu élevé ; le médecin inspecteur Georges fait remarquer le bon marché extrême de l'*arme bactériologique*.....

Empêcher l'Allemagne de s'approvisionner en matériel et en matériel humain en Russie doit être — et vraisemblablement pendant une période extrêmement longue — le point d'appui fondamental de notre résistance à l'invasion. Si le flot vers l'Ouest comprend les éléments conjoints de l'Allemagne, de la Russie et d'une partie de l'Asie, le péril pour nous sera suprême. La doctrine des années d'avant-guerre fut que la défense française contre la poussée allemande vers l'Ouest devait être renforcée par la poussée russe vers l'Ouest. Cette politique fut-elle sage, servit-elle ?

Il suffit pour répondre à cette question d'en poser une autre : que fut-il advenu si l'Allemagne au lieu d'avoir à tenir un front oriental et un front occidental avait pu jeter sur le front occidental les armées germano-russes réunies ? Et pour finir une dernière question : n'est-ce pas précisément ce péril auquel para l'alliance franco-russe, le péril qui nous menace désormais ?

La volonté qui machina la révolution russe (1) et qui peut être sauva ainsi, au moins provisoirement, des domi-

(1) Révolution dont certaines folies furent sans doute provoquées ou tout au moins exacerbées par les conséquences de la suppression de l'alcool. Le plus jeune étudiant en médecine sait qu'on ne doit pas supprimer subitement et intégralement l'alcool à un alcoolique. Des populations façonnées par des siècles à la consommation de l'alcool ne peuvent pas être astreintes à la suppression — inévitablement temporaire — mais brutale et presqu'intégrale de l'alcool, sans qu'une rupture d'équilibre, ne fasse éclore, parmi ces populations, folies, crimes et délits à foison.

© BIU Santé

nations européennes en Asie, a porté à notre pays un coup d'une gravité exceptionnelle.

Nous n'étudierons jamais trop la Russie et ses conditions, car une base solide nous fera défaut aussi longtemps que nous ne serons pas en mesure d'empêcher que l'Allemagne puisse tirer de la Russie matériel humain et matériel c'est-à-dire aussi longtemps qu'une convention solide avec la Russie ne nous donnera pas des garanties sur ce point.

Les Borusses qui sont parvenus à édifier un empire et à dominer l'Europe centrale en infligeant à l'Europe Sadowa et la guerre de 1870 ne sont qu'une avant-garde asiatique. Aussi est-ce en Asie que doit être forgé le contre-poids indispensable. *La politique française doit être et ne doit pas cesser d'être russe et asiatique.*

Quelle que soit la valeur de la sentinelle polonaise, tant que ce contre-poids ne sera pas, notre diplomatie, notre action, se heurteront incessamment aux chocs de volontés mauvaises et la situation de notre pays demeurera périlleuse.

Dr G. Espé de Metz.

(Reproduction autorisée sous réserve d'indiquer que les articles sont extraits des numéros du *Progrès médical* en date du 14 Juin 1924.)

Nota : Je signale aux lecteurs qu'intéresseraient les questions relatives à la Prusse et à l'Allemagne deux ouvrages :

Le rôle mondial du médecin militaire (précédé d'une étude sur le G. B. D.) Paris, Alcan.

Le médecin au feu. Paris, Alcan.

Et les articles :

La guerre des gaz et les temps de déficit (Progrès médical, 2 juin 1923.) *La médecine française en Rhénanie* (d'après M. le médecin-inspecteur général Lasnet. Progrès médical, 7 juillet 1923.

En ce qui concerne les études sur la Prusse : *La déclaration des maladies contagieuses en Prusse* (Progrès médical, 13 janvier 1923.) *Les Commissions de santé et le médecin-fonctionnaire en Prusse* (Progrès médical, 31 mars 1923). *Les fonctions du Kreisarzt prussien* (Progrès médical, 6 octobre 1923). *Le Tribunal d'honneur des médecins prussiens* (Tribune médicale, juin 1923.) *Médecins et sanctions en Prusse* (Tribune médicale, juillet 1923.) *La cour médicale de justice d'honneur en Prusse* (Tribune médicale, août 1923.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1924.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. ***Ombrédanne*** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Le Roy des Barres (Hanoï) : un homme reçoit dans le flanc droit un coup de harpon (gros engin de pêche). Il n'est vu que 48 heures après et est opéré aussitôt. On trouve une plaie du côlon ascendant et une autre du bord externe du rein droit, plaies qu'on suture. Drainage. Comme le blessé était porteur d'ascaris on lui administre de la santonine. Au 20e jour, de la bile sort en abondance par la plaie ce qui fait supposer qu'il y avait eu une plaie méconnue du duodénum. Tout parut s'arranger mais au 50e jour on constata la sortie par la plaie de 10 ascaris et au 55e jour une fistule stercorale s'établit. Malgré tous ces incidents le blessé finit par guérir complètement en deux mois et demi.

Traitement du cancer du gland par le radium. — M. ***Mauclaire*** rapporte les observations de deux indigènes atteints de cancer du gland et qui ont été traités par MM. Ferrari et Violet (Alger). Le premier était porteur depuis de longues années (23 ans) d'une ulcération du gland pour laquelle il avait été soigné de diverses façons : topiques locaux, traitement spécifique, rayons X avec des succès momentanés, mais toujours peu durables. Depuis deux ans surtout, l'ulcération s'était fort aggravée et étendue. Il y avait en outre une adénopathie inguinale bilatérale. Une biopsie fut pratiquée et permit de constater qu'il s'agissait d'un cancer spino-cellulaire. MM. F. et V. le traitèrent par la radium-puncture et l'ulcération disparut très rapidement laissant seulement des cicatrices dues à la radiodermite et qui nécessitèrent ultérieurement un petit débridement.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'un épithélioma lobulé, compliqué d'infection assez grave, car le malade avait un phimosis avec poussées de balanite purulente. Le même traitement amena la guérison en dix jours. Quinze mois après, réapparition d'un petit nodule qu'on enlève et que l'examen a montré être de nature épithéliale.

Il n'en est pas moins que ce sont là des résultats d'autant plus importants à signaler que le traitement chirurgical de ces cas, à cause des mutilations qu'il entraîne, est souvent difficile à faire accepter.

Traitement des fistules extra-sphinctériennes. — M. ***Cunéo*** fait un rapport sur un travail de M. Picot relatif à un procédé nouveau pour la cure radicale des fistules extra-sphinctériennes. Comme ces fistules sont presque toujours totales, mais ont leur orifice interne généralement assez bas placé, M. P. extirpe le trajet fistuleux. Puis il décolle la muqueuse anale sur la moitié correspondante du canal anal. Il remonte ainsi jusqu'à la fistule, la ferme en bourse et abaisse la partie correspondante de la muqueuse anale comme on le fait dans le Whitehead, la suturant en bas à la peau de l'anus. Il a ainsi une sorte de rideau qui cache l'orifice fistuleux. Par ce procédé il a obtenu quatre succès complets et M. Cunéo deux.

M. ***Gernez*** a utilisé aussi ce procédé avec succès.

M. ***Dujarrier*** estime que ces fistules ne sont pas si souvent totales et il préconise l'injection systématique de pâte de Beck dans le trajet avant son extirpation.

A propos de l'ablation des tumeurs intra-thoraciques. — M. ***Pierre Duval***, à l'occasion de l'observation communiquée par M. Lecène, rappelle que depuis longtemps il défend et préconise la méthode qu'a utilisée M. Lecène : opération en un temps, transpleurale, avec création d'un pneumothorax lent, pour l'ablation les tumeurs intrathoraciques. Il a utilisé lui-même cette technique française pour l'ablation de trois tumeurs intra-thoraciques dont les observations ont été communiquées à la Société de chirurgie. Dans les trois cas, le succès a été complet et deux des malades ont été revus à longue échéance avec une restauration complète tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue anatomique. M. Cunéo possède aussi une observation du même ordre qui sera prochainement publiée.

Deux reproches injustifiés ont été faits à cette technique : le pneumothorax d'une part et l'infection pleurale possible d'autre part. Mais le pneumothorax lent, suivant la méthode de Delagénière, est sans danger et les cas ci-dessus montrent que le danger d'infection est bien moins grand qu'on ne l'a dit.

La méthode allemande, d'après deux observations qu'il cite, dont une de Sauerbruck lui-même donne — des résultats très inférieurs (opération en deux temps sous hyperpression). La malade de Sauerbruck a subi 7 opérations successives — a éliminé en totalité un de ses poumons — et a subi un désossement presque total de l'hémithorax correspondant. Et cette observation est considérée comme un succès.

On est donc en droit de conclure que, sauf peut-être en ce qui concerne les kystes hydatiques, la méthode française en un temps, sans appareil pneumatique, est supérieure aux autres, tant comme efficacité que comme simplicité.

A la fin de la séance, M. ***Young*** (de Baltimore) a communiqué à la Société les résultats de ses recherches sur l'action microbicide de certaines substances colorantes (mercurochrome et violet de gentiane en particulier).

© BIU Santé

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C.Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune
Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ECHANTON MÉDICAL Laborat^res A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple

AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES

SCILLARÈNE

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille.

Sans danger d'accumulation

Pas d'effets nuisibles sur l'estomac et le rein.

Cardio-rénal pour traitements prolongés

Solution — Ampoules — Comprimés

SANDOZ

OPOTHÉRAPIE ET DÉSINFECTION BILIAIRES

FÉLAMINE

Sel des Acides biliaires purs et de l'Hexaméthylène-Tétramine

Le **SEUL** agent actif, tout à la fois, de l'*OPOTHÉRAPIE* et de la *DÉSINFECTION biliaires*

Dragées dosées à 0,30 grammes

Echantillons et Littérature : **Produits SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz :-: PARIS (10e)**

Dépôt général et Vente : Usine des Pharmaciens de France — 125, rue de Turenne, à PARIS (3e)

R. C. Seine 212.835 B

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0.001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES, des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. Exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine, 48283

© BIU Santé

REVUE DES THÈSES

Le rhumatisme cardiaque évolutif et son traitement

La maladie de Bouillaud est une infestation générale continue qui ne saurait être mieux comparée qu'au paludisme ou à la syphilis. La forme classique, cliniquement discontinue, faite de crises aiguës séparées par des intervalles de santé en apparence absolument parfaite, est loin d'être la seule forme de la maladie.

Dans les formes longuement évolutives, le processus rhumatismal évolue de façon continue pendant de longues périodes ; il se traduit alors par des manifestations cliniques subintrantes plus ou moins marquées.

Les formes longuement évolutives de la maladie de Bouillaud comportent souvent des inflammations cardiaques spécifiques, qui évoluent sans arrêt, sans cicatrisation, constituant de véritables cardites rhumatismales chroniques.

Les manifestations cardiaques du rhumatisme évolutif méritent, en général, le nom de cardites, parce que, surtout dans cette forme, la maladie de Bouillaud frappe souvent le cœur simultanément dans ses diverses parties anatomiques.

En outre, seule une analyse très soigneuse des symptômes permettra de les rapporter à l'atteinte de l'endocarde, du myocarde ou du péricarde. Les signes que l'on classera myocardiques ne révèleront d'ailleurs jamais que la dyspragie du myocarde, son inflammation lésionnelle proprement dite (ou myocardite véritable) ne se traduisant que par les symptômes de déficience fonctionnelle.

Plus que les signes cardiaques dit M. Edouard Pichon (Thèse de Paris, 1924, 192 pages, Arnette, éditeur) ce sont les symptômes généraux et les signes rhumatismaux extra-cardiaques qui permettent de diagnostiquer l'actuelle évolutivité de la cardite.

Quant aux rapports qu'il offre avec les manifestations douloureuses extra-cardiaques de la maladie de Bouillaud, le rhumatisme cardiaque évolutif se présente de trois façons :

1° Le rhumatisme d'emblée évolutif, dans lequel, dès la première crise rhumatismale qui atteigne le cœur, s'ouvre un état inflammatoire continu ou sub-continu coupé de recrudescences simultanément ou alternativement cardiaques et arthromyonévralgiques.

2° La cardite récurrente, nouvelle cardite aiguë se montrant à l'occasion d'une nouvelle crise arthro-rhumatismale chez un sujet dont le cœur a déjà été touché par une cardite lors d'une crise articulaire.

3° Le rhumatisme secondairement évolutif, dans lequel la cardite récurrente ouvre un état inflammatoire continu ou subcontinu du type ci-dessus indiqué.

Les manifestations douloureuses extra-cardiaques seront souvent assez frustes pour qu'on hésite à affirmer leur nature spécifiquement rhumatismale.

Les notions étiologiques pourront alors prendre une certaine valeur diagnostique.

Anatomiquement, la cardite rhumatismale consiste le plus souvent en une efflorescence perlée de petites élevures inflammatoires siégeant près du bord libre des valvules. Histologiquement, il y a d'abord exsudation fibrineuse, puis afflux leucocytaire et enfin organisation conjonctive.

Le diagnostic différentiel du rhumatisme cardiaque évolutif se pose principalement avec quatre autres affections ; l'asystolie mécanique, l'endocardite type Osler, l'endocardite type Vaquez-Lutembacher et la symphyse cardiaque.

Le salicylate de soude doit, en l'état actuel de nos connaissances, tant théoriques que cliniques, être considéré comme le

(*Voir suite p.* 516.)

RHUMATISMES CHRONIQUES

Aucune **impotence rebelle** ne résiste à des doses convenables

IODASEPTINE CORTIAL

Une à 4 ampoules par jour

R. C. 157.143 CORTIAL, 125, R de Turenne

De l'abattoir à la clinique !

Produits Organothérapiques A. RICHARD,

préparés **sur place,** à l'Abattoir de Pouzauges (Vendée) vous donnent l'organe vivant, mais stabilisé et **sans odeur.**

Lisez tous les détails de l'intéressant ***Memento d'Organothérapie Clinique,*** envoyé à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale. Hopital Beaujon

Diagnostic des compressions médullaires,

Par M. le Professeur Ch. ACHARD
Secrétaire général de l'Académie de médecine.

Je vous ai parlé dernièrement (1) des paraplégies spinales par compression ; je vous en ai montré les symptômes et je vous ai dit qu'il était , dans certains cas, possible de les guérir, quand elles étaient dues à des tumeurs bénignes opérables.

Or, pour que ce traitement chirurgical puisse être appliqué, il est de toute nécessité que le diagnostic soit bien établi et le siège de la compression très exactement précisé.

Le diagnostic des compressions médullaires est assez facile quand on connaît l'existence antérieure d'une lésion qui peut frapper la moelle et ses racines. Chez un pottique avéré, on rapporte aisément à la compression de la moelle les phénomènes sensitifs ou moteurs dès qu'ils se manifestent. De même, chez un sujet porteur d'un cancer gastrique ou mammaire, les douleurs de la sphère dorsale, les troubles paréto-spasmodiques font songer à l'atteinte du canal vertébral par des noyaux de généralisation néoplasique.

Par contre, il est souvent difficile de reconnaître certaines compressions lentes, incomplètes, par tumeur.

A la période douloureuse de début, on pourrait croire à de simples névralgies. La bilatéralité des troubles de sensibilité, tant objectifs que subjectifs, est un indice fort important de lésion compressive ; l'existence d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie radiculaire de même. Et la valeur indicative de ces symptômes est plus grande encore s'il s'y ajoute une exagération des réflexes tendineux.

A la période paralytique, la paraplégie doit être distinguée de celles que produisent diverses affections médullaires. Dans la sclérose latérale amyotrophique, l'atrophie est symétrique et les troubles sensitifs font défaut. Dans la syringomyélie, la cyphoscoliose, le type Aran-Duchenne de l'amyotrophie, l'étendue de l'anesthésie dissociée qui va en croissant de la racine aux extrémités des membres, sont des caractères qui suffisent en général pour éviter l'erreur ; toutefois on peut voir coexister le mal de Pott et la syringomyélie et, dans la syringomyélie, on peut voir aussi des lésions de pachyméningite cervicale hypertrophique. La sclérose en plaques se distingue par ses symptômes cérébelleux. Dans les paraplégies syphilitiques, si l'on excepte les pachyméningites et les gommes, qui sont des lésions compressives mais exceptionnelles, les troubles de la sensibilité sont moins nettement radiculaires, et ils font défaut dans la paraplégie d'Erb.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, la constatation de la dissociation albumino-cytologique, à plus forte raison du syndrome de coagulation massive, apportera au diagnostic de compression un argument de grande valeur.

Rapporter la compression médullaire à sa cause exacte est souvent difficile. Je ne parle pas des cas où le clinicien connaît l'existence du mal de Pott ou du cancer ; mais de ceux où le mal de Pott n'est pas déjà soupçonné, de ceux où le cancer est latent, de ceux où la compression est due à une tumeur d'une autre nature, enfin de ceux, d'ailleurs bien rares, où il s'agit de méningite séreuse circonscrite.

C'est un peu par exclusion, quand on aura constaté nettement l'absence de tout indice de lésion vertébrale et de cancer, que l'idée d'une tumeur deviendra vraisemblable.

En général, une tumeur intra-médullaire provoque moins de phénomènes spasmodiques et de douleurs qu'une tumeur extra-médullaire, sans que ces caractères aient une valeur absolue. Elle détermine aussi plus volontiers des amyotrophies précoces, une anesthésie dissociée, des réflexes pyramidaux et de défense étendus.

Les tumeurs juxta-médullaires déterminent plutôt une paraplégie hyperspasmodique et lentement progressive, avec des troubles de sensibilité nettement délimités.

L'*étendue de la lésion en hauteur*, dont je vous reparlerai dans un instant, et qui se mesure par la différence entre la limite supérieure de l'anesthésie et celle des signes d'automatisme médullaire, donne aussi quelques indications sur le siège de la compression par rapport à la dure-mère. Une lésion longue, occupant une assez grande hauteur, a plus de chance, selon Babinski et Jarkowski, d'être extra-durale qu'une lésion courte, circonscrite et plutôt intra-durale. Une lésion située dans le sac dure-mérien, en effet, comprime les racines au niveau même du segment de moelle dont elles sortent, tandis qu'une lésion située hors de la dure-mère comprime les racines dans l'espace épidural, en un point assez distant déjà, par suite de l'obliquité de ces racines, du segment médullaire d'origine. Or, ces signes radiculaires indiquent, par l'anesthésie, la limite supérieure de la lésion compressive, alors que la limite inférieure en est indiquée par les réflexes d'automatisme, liés à l'atteinte de la moelle elle-même. Plus il y a de distance entre ces deux limites, plus il y a de chance que la lésion s'éloigne du centre médullaire.

Mais ce qu'il est surtout intéressant de préciser, en fait de localisation de la compression, c'est le *siège en hauteur*, le niveau de la lésion compressive, aujourd'hui que le traitement d'une telle lésion n'est plus exclusivement du ressort de la thérapeutique médicale.

Il importe, tout d'abord, pour bien faire ce diagnostic, de préciser exactement les divers troubles qu'on peut constater chez le malade. Il faudra s'attacher à rechercher soigneusement les troubles radiculaires et leur topographie, particulièrement l'anesthésie radiculaire avec ses zones en bandes, transversales au tronc et longitudinales aux membres, et surtout bien délimiter le niveau supérieur de cette anesthésie, dont la valeur est très grande quand il est net et qu'il ne varie pas dans les examens successifs. Il n'est pas toujours facile de préciser l'étendue exacte de la paralysie et de la contracture et d'en fixer les limites. Par contre, l'étude des réflexes est d'une grande importance. On recherchera les réflexes tendineux dont l'abolition correspond au niveau de la compression et ceux dont l'exagération correspond aux segments situés au-dessous. La diminution des réflexes cutanés dépend de lésions situées au niveau et au-dessous de la lésion ; l'exaltation des réflexes d'automatisme médullaire, de lésions situées au-dessous. Les troubles sympathiques ne doivent pas non plus être négligés : on recherchera l'état des pupilles, la vasomotricité de la tête, les troubles sudoraux, le réflexe pilo-moteur, dont les troubles pourront donner quelques renseignements utiles sur l'état des centres sympathiques de la moelle.

D'une façon générale, comme je vous l'ai déjà dit, c'est la limite supérieure des troubles sensitifs qui a le plus de valeur pour indiquer la limite supérieure de la compression, à cause de l'atteinte radiculaire à laquelle elle correspond. Néanmoins, en cas de compression légère, elle indique parfois un niveau trop bas et, si les racines sont seules atteintes à l'exclusion de la moelle, ou s'il y a dans la moelle de l'œdème qui remonte dans une certaine étendue, elle peut indiquer un niveau trop haut.

Quant à la paralysie motrice, sa limite supérieure, plus difficile à bien délimiter, dépend, en ce qui concerne l'amyotrophie et la réaction de dégénérescence, de la lésion du neurone périphérique, c'est-à-dire des racines et des cornes antérieures, tandis que l'exagération des réflexes tendineux et des réflexes d'automatisme relève de la lésion du neurone central, c'est-à-dire du faisceau pyramidal, au-dessous de la compression. L'abolition des réflexes tendineux renseigne sur la destruction de leur centre médullaire. Les réflexes cutanés de défense, par leur limite supérieure, montrent, selon les recherches de Babinski et Jarkowski, la limite supérieure de la compression, mais ils manquent dans certains cas.

Les réflexes cutanés et même les réflexes sympathiques peuvent aussi, pour ce diagnostic du niveau de la lésion, fournir des indications de valeur.

On se souviendra pour établir le diagnostic que les centres de ces divers réflexes sont ainsi échelonnés :

(1) Voir *Progrès Médical*, 10 mai 1924.

© BIU Santé

Réflexes tendineux :

Réflexe achilléen	S_1.
— du jambier antérieur	L_4 et L_5.
— rotulien	L_3.
— cubito-pronateur	C_7 et C_8.
— des radiaux	C_6 et C_7.
— du triceps brachial	C_6 et C_7.
— périosté brachial	C_5 et C_6.
— du pouce	C_6 à C^0.

Réflexes cutanés :

Réflexe anal	S_5 et S_6.
— bulbo-caverneux	S_3.
— plantaire	S_1 et S_2.
— fessier	L_5 et S_1.
— abdominal inférieur	D_{10} à D_{12}
— épigastrique	D_6 et D_7.

Réflexes sympathiques :

Réflexes pilo-moteurs (membres inférieurs)	D_{10} à L_2.
Réflexes pilo-moteurs (membres supérieurs)	D_1 à D_7.
Réflexes pilo-moteurs (partie supérieure du thorax, cou, tête)	C_3 à D_3.
— mydriatique	C_1.
— vaso-moteurs et sudoraux de la tête	C_8 à D_2.

A la *région cervicale*, la compression médullaire provoque la paraplégie cervicale, c'est-à-dire la paralysie des membres supérieurs, qui peut ensuite gagner les membres inférieurs, mais en restant prédominante aux premiers. Ce sont en général les douleurs de l'amyotrophie qui dominent. A la partie supérieure, de C_1 à C_4, la compression provoque des douleurs radiculaires dans la nuque, le cou, l'épaule et sur le trajet du phrénique. La paralysie atrophique frappe les muscles rotateurs, extenseurs et fléchisseurs de la tête. On peut observer du hoquet, de la gêne de la déglutition. A la partie inférieure, de C_5 à D_1, les douleurs radiculaires siègent surtout au membre supérieur, soit au bord externe si la zone de C_5 et C_6 est intéressée, soit au bord interne si c'est celle de C_7 et C_8. La paralysie a le type Duchenne-Erb, frappant les sus et sous-épineux, le faisceau claviculaire du deltoïde, le biceps et le brachial antérieur. La lésion de C_5 à C_7 atteint le long supinateur; celle de C_8 à D_1 entraîne la paralysie des petits muscles de la main, du type Aran-Duchenne. Celle de L_1 provoque le syndrome de Claude Bernard-Horner.

A la *région dorsale*, la compression, parmi ses signes les plus nets, provoque, outre les troubles sensitifs, l'exagération de l'automatisme. De D_2 à D_6 elle se traduit par des douleurs en ceinture, par des troubles objectifs de sensibilité, en bandes transversales, et par une paraplégie spasmodique des membres inférieurs. Les membres supérieurs sont indemnes, mais il n'est pas rare, toutefois, de constater une exagération de leurs réflexes tendineux.

Plus bas, à la *région lombaire*, qui correspond aux racines de D_{10} et D_{11}, les symptômes de compression consistent en des douleurs lombaires, abdominales, génito-crurales, crurales et sciatiques, en une paraplégie assez souvent flasque à cause de l'intégrité des cornes et racines antérieures, par des troubles des réservoirs et par l'abolition des réflexes rotuliens et crémastériens, mais avec conservation des réflexes achilléens.

A la *région sacrée*, la compression provoque des douleurs dans le domaine du sciatique, des troubles de la sensibilité objective en bandes longitudinales aux membres inférieurs, de la rétention des urines et des matières, parfois du priapisme puis de l'impuissance génitale, une paralysie flasque des membres inférieurs, avec abolition du réflexe achilléen et des réflexes cutané plantaire, anal et vésical. La paralysie du quadriceps fémoral et la conservation du réflexe rotulien correspondent à une lésion située au niveau de L_4.

La compression du cône terminal, de S_3 à S_5, se manifeste par des douleurs au périnée, aux fesses, aux organes génitaux, par de l'anesthésie « en caleçon de bain » des fesses, du sacrum du coccyx, du périnée, des organes génitaux, des parties latérales des cuisses et des jambes, de la face postérieure des cuisses en triangle dont le sommet le plus aigu est au creux poplité. Elle détermine aussi des troubles sphinctériens, de la rétention d'urine avec incontinence par regorgement, de la constipation ou plus rarement de l'incontinence des matières.

La compression de la queue de cheval ne se traduit que par des symptômes radiculaires correspondant à L_3, L_4 et L_5 et aux racines sacrées et coccygiennes. Ce sont des douleurs sacro-lombaires irradiées aux membres inférieurs, de l'anesthésie radiculaire, une paralysie flasque et atrophique qui frappe les muscles fessiers, ceux de la région postérieure de la cuisse, de la jambe, du pied, mais respecte ceux de la région antérieure de la cuisse, de sorte que la démarche est celle du steppage. Le réflexe rotulien est aboli, ainsi que les réflexes achilléen, crémas érien et cutané plantaire. Il y a des troubles sphinctériens et des troubles vaso-moteurs et trophiques.

Mais dans ces compresions du cône terminal et de la queue de cheval, les signes radiculaires et médullaires sont toujours intriqués et la localisation est difficile à préciser. Les causes qui les produisent sont principalement le mal de Pott, la méningite syphilitique et certaines tumeurs molles (tumeurs géantes de Collins et Elsberg)

Vous voyez que le simple examen clinique permet de recueillir des signes nombreux et variés qui possèdent une grande valeur localisatrice.

Mais ce n'est pas tout : la clinique dispose aujourd'hui de ressources nouvelles, fournies par l'*examen radiologique*, pour préciser l'état du canal vertébral et le siège des lésions qui peuvent s'y développer.

Vous savez qu'on peut, dans l'exploration radiologique, mettre en évidence les cavités de l'organisme, en y introduisant des substances qui créent des contrastes d'opacité aux rayons X. Il y a pour cela deux manières : rendre les cavités plus claires ou, au contraire, plus sombres. Pour les rendre plus claires on y injecte des gaz ; pour les rendre plus sombres, un liquide qui contient en solution ou en suspension des substances opaques aux rayons X.

On a parfois injecté des gaz dans les espaces sous-arachnoïdiens, mais de telles insufflations ne sont pas sans danger et Bingel (1) a rassemblé 9 cas de mort consécutive à l'injection de gaz dans le canal rachidien ou les ventricules cérébraux.

En fait de substances opaques, on ne peut évidemment songer aux poudres employées pour les cavités digestives, telles que les sels de bismuth ou de baryum mais l'huile iodée est facilement injectable en petite quantité ; l'iode la rend imperméable aux rayons X, comme l'iodoforme autrefois utilisé pour dessiner à l'écran le trajet des fistules. L'huile iodée, dont Sicard a montré les avantages et précisé l'emploi pour cette exploration radiologique, se trouve dans le commerce sous le nom de lipiodol ; elle est préparée avec de l'huile d'œillette qui contient 0 gr. 54 d'iode métalloïdique par centim. cube. L'absorption de cet iode incorporé à l'huile est très lente, de sorte que pendant longtemps on peut en reconnaître la présence dans les organes au moyen des rayons X.

Lorsqu'on injecte dans le liquide céphalo-rachidien 1/2 cc. d'huile iodée, elle ne suscite qu'une réaction leucocytaire fort légère, sans désordre cliniquement appréciable. Au-delà, le sujet peut éprouver quelques fourmillements et sensations gênantes, mais qui, ne durent que 24 à 48 heures ; toutefois, les tabétiques peuvent voir s'exaspérer leurs douleurs fulgurantes.

Sicard (2) s'est très justement demandé si, pour explorer le canal vertébral et les lésions compressives qui pourraient en rétrécir le calibre, il ne conviendrait pas plutôt d'introduire le lipiodol dans l'espace épidural que dans les espaces sous-arachnoïdiens. Vous savez qu'il y a dans le canal vertébral des espaces, des cavités multiples. Une aiguille introduite du dehors rencontre d'abord l'espace épidural, compris entre les deux feuillets de la dure-mère, espace virtuel, contenant de la graisse, mais qui peut admettre une petite quantité de liquide

(1) Ad. BINGEL. — *Medic. Klin.*, 13 mai 1923. — F. GRANT. *Arch. of neurol. and psych.*, 2 août 1923.

(2) J. A. SICARD et J. FORESTIER. — Exploration radiologique par l'huile iodée, *Presse médic.*, 2 juin 1923, p. 493. — J. A. SICARD, J. PARAF et LAPLANE. Radiodiagnostic rachidien lipiodolé. *Ibid.*, 24 oct. 1923, p. 885.

© BIU Santé

injecté. Puis l'aiguille traverse les deux feuillets séreux, pariétal et viscéral, de l'arachnoïde, extrêmement minces tous deux, qui revêtent l'un la dure mère, l'autre le tissu conjonctif des espaces sous-arachnoïdiens Entre eux est la cavité virtuelle de l'arachnoïde, qu'on ne saurait distendre de liquide, car la minceur et la fragilité de ces feuillets ne permet pas de les piquer l'un sans l'autre. Enfin, pénétrant plus profondément, l'aiguille pénètre dans les espaces sous-arachnoïdiens, qui ne sont plus des cavités virtuelles, mais sont toujours remplis de liquide céphalo-rachidien. Ces espaces, qui représentent des espaces conjonctifs agrandis, communiquent dans le crâne par les trous de Luschska et de Magendie avec les cavités de l'épendyme et notamment les ventricules cérébraux, non à plein canal, mais par des aréoles cloisonnées incomplètement, où la circulation du liquide se fait avec quelque lenteur : ce qui explique que le liquide céphalo-rachidien peut avoir une composition quelque peu différente de celle du liquide ventriculaire, quoique très voisine.

Il est donc possible d'injecter du lipiodol soit dans l'espace épidural, soit dans l'espace sous-arachnoïdien. C'est ce qu'a fait M. Sicard.

Le lipiodol peut être introduit dans l'espace épidural soit par la voie inférieure, en piquant l'hiatus sacro-coccygien, soit par une voie supérieure, à travers les ligaments jaunes des vertèbres situées plus ou moins haut. Toutefois, on ne peut injecter qu'une faible quantité de liquide parce que l'espace épidural n'a que des dimensions restreintes. Le lipiodol, à l'écran, y apparaît sous forme de traînées noirâtres, ininterrompues quand l'espace est libre, avec une prédominance d'opacité aux trous de conjugaison. Au bout de 20 heures, le lipiodol ainsi introduit cesse de se déplacer dans les mouvements du sujet : il est fixé dans l'espace épidural.

Toutefois, cette injection de lipiodol dans l'espace épidural est assez difficile à réussir toujours, car on risque, surtout en piquant les ligaments jaunes, de dépasser le but et de pénétrer dans les espaces sous-arachnoïdiens. Même si l'on retire alors légèrement l'aiguille pour faire l'injection dans l'espace épidural, la petite ouverture de la piqûre peut suffire à laisser passer du lipiodol de l'espace épidural dans le liquide céphalo-rachidien et l'on n'observe plus alors que des images confuses d'une interprétation malaisée. Aussi M. Sicard a-t-il renoncé à ce procédé pour ne plus utiliser que l'injection dans les espaces sous-arachnoïdiens.

L'injection de lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens nécessite quelques précautions. Il faut éviter les bulles d'air qui, introduites dans ces espaces, forment des index gazeux capables de gêner le cheminement du liquide injecté, et qui rendent les gouttes de lipiodol plus légères et moins sensibles à l'action de la pesanteur. Il importe de ne soustraire par la ponction préalable que 1 cc. de liquide céphalo-rachidien pour éviter l'accolement des méninges qui gênerait aussi les déplacements de lipiodol dans les changements d'attitude. L'injection faite, il convient de ne pas retirer trop vite l'aiguille afin que le lipiodol ne reflue pas dans l'espace épidural. Il faut enfin faire sur le rachis un peu de percussion, pour favoriser la descente de lipiodol dans le cul-de-sac lombaire.

L'injection de lipiodol par ponction lombaire permet de chercher la limite inférieure de la compression.

Chez le sujet normal, le lipiodol ainsi injecté apparaît, à l'examen radiologique et dans la position verticale, comme une tache sombre au niveau de la 2e sacrée, sous forme de bille allongée, de chenille avec des filaments le long des racines et de la queue de cheval. Dans le décubitus horizontal, la lordose lombaire physiologique maintient le lipiodol encore dans le cul-de-sac terminal. Mais si l'on fait prendre au sujet une attitude latérale, on voit le lipiodol prendre l'aspect d'une longue virgule qui remonte jusqu'à la 5e lombaire. En décubitus ventral, il forme une bille étalée. Si l'on place le sujet dans la position de la tête déclive, on assiste à la migration du lipiodol dans le canal vertébral jusque dans le crâne, où il parvient, autour des pédoncules cérébraux, vers la 4e ou la 5e minute.

Il faut ajouter que cette migration ne se fait que dans les premiers jours après l'injection : au-delà du 2e ou 3e jour, elle n'a plus lieu, le lipiodol étant fixé. Il convient, pour l'exploration, d'avoir une table mobile à bascule, pourvue de crans d'arrêt, de manière à pouvoir renverser facilement le sujet jusqu'à l'inclinaison suffisante et, comme la position ne doit pas être maintenue plus de 5 à 6 minutes, de faire l'injection sur la table même et de renverser aussitôt le sujet. Si l'injection est faite au lit du malade, il ne faut pas mettre le sujet en position verticale, mais le transporter couché sur la table d'examen.

Lorsqu'il y a un obstacle méningé, cet obstacle arrête le lipiodol dans sa migration et l'on voit ce lipiodol s'égrener le long des méninges, ou s'arrêter tout à fait. On peut fixer l'image par la radiographie qu'on fait en décubitus horizontal et en attitude verticale et qu'on peut, au besoin, renouveler en série.

Pour déterminer la limite supérieure de l'obstacle au moyen du lipiodol, c'est au-dessus de l'obstacle qu'il convient de faire l'injection. On a conseillé de faire cette injection à la région cervicale inférieure, de la 7e à la 4e cervicale. Ayer (1) préconise la ponction atloïdo-occipitale, c'est-à-dire aussi haut que possible. Celle-ci, d'après Sicard, se fait même avec une facilité qui surprend. Le sujet est placé en décubitus latéral ; on se sert d'une aiguille à biseau court qu'on introduit immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale L'aiguille doit être montée sur une seringue contenant de l'eau salée physiologique pour maintenir sa perméabilité. Quand on a senti la percée de la membrane atloïdo-occipitale, on laisse couler quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien et l'on injecte le lipiodol. Il est remarquable que cette ponction altoïdo-occipitale n'entraîne pas de céphalalgie ni de vomissements comme le fait souvent la ponction lombaire, probablement parce qu'elle n'est pas suivie, comme cette dernière, d'issue secondaire du liquide dans la position assise ou debout.

Avec cette technique, Sicard a pu obtenir des résultats fort remarquables. Dans 9 cas de tumeurs rachidiennes, il a localisé avec exactitude le siège de la lésion et fait opérer avec succès le néoplasme ; dans 2 cas de méningite enkystée, il a déterminé de même le siège de la lésion. A Lyon, Froment, Japiot et Dechaume (2) ont également, par ce moyen, localisé et opéré une tumeur du rachis et Percy Sargent (3) , à Londres, a rapporté des cas qui montrent aussi l'utilité pratique de cette exploration.

Enfin elle peut encore servir à suivre la marche de la lésion comme dans un cas récent de Souques, Blamoutier et de Massary (4), où le traitement bismuthique, institué pour une pachyméningite cervico-dorsale syphilitique, rétablit une perméabilité partielle alors que le lipiodol, au début, était complètement arrêté.

Il est bon d'ajouter qu'il peut être utile, suivant le conseil de Froment et Dechaume (5), de vérifier par des examens successifs, répétés plusieurs jours de suite, le cheminement du lipiodol et le lieu de son arrêt.

Nous avons appliqué à quelques malades cette méthode de diagnostic si pleine d'intérêt et voici les résultats qu'elle nous a donnés.

Nous avons dans notre service, depuis le 1er-mai ,une femme de 34 ans, qui était entrée pour une faiblesse croissante des membres inférieurs. Depuis le mois de janvier, elle avait éprouvé des fourmillements, des élancements dans les reins, surtout à droite, et ses jambes étaient devenues faibles, en même temps qu'elle avait des difficultés à uriner. Quand elle est entrée à la clinique, elle ne pouvait se tenir debout que soutenue sous les deux bras et n'arrivait à faire quelques pas qu'en s'appuyant sur le dossier d'une chaise qu'elle poussait devant elle ; ses pieds frottaient sur le sol et s'élevaient à peine. Au

(1) Ayer. — *Arch. of Psych. and Neurol.*, 1920, vol. 4, p. 529 et 1922, vol. 7, p. 30.

(2) Froment, Japiot et Dechaume. — Radio-diagnostic lipiodolé dans un cas de compression médullaire. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, juin 1923, et *Rev. neurolog.*, juill. 1923, p. 82.

(3) Percy Sargent. — Radiographic localization of spinal lesions by Sicard's method. *Brit. med. journ.*, 4 août 1923, p. 174.

(4) Souques, Blamoutier et de Massary. — *Soc. de neurol.*, 8 nov. 1923.

(5) J. Froment et J. Dechaume. — Radio-diagnostic rachidien lipiodolé et tumeurs médullaires, interprétation et radiographies en séries. *Presse méd.*, 23 févr. 1924. p. 165.

© BIU Santé

lit, elle pouvait mouvoir ses jambes, mais sans force et, dans les mouvements passifs, on sentait une certaine raideur. Il y avait des symptômes spasmodiques manifestes : exagération des réflexes rotuliens et achilléens, clonus du pied, extension du gros orteil, accompagnée de celle des autres orteils et de retrait de tout le membre. Les manœuvres d'Oppenheim, de Gordon, de Strumpell donnaient un résultat positif, mais le phénomène de Mendel-Bechterew faisait défaut. Le phénomène des raccourcisseurs se produisait brusquement, tantôt avec un retrait des deux membres inférieurs, tantôt avec un réflexe d'allongement croisé.

La malade n'éprouvait pas de douleurs dans les membres inférieurs. Mais depuis les pieds jusqu'à la partie inférieure des cuisses la sensibilité objective au tact, à la piqûre, à la chaleur avait presque disparu, sans altération de la sensibilité profonde.

On ne notait pas de troubles trophiques. Les sphincters étaient fortement atteints : la constipation était opiniâtre et les mictions étaient impossibles malgré d'impérieux besoins.

Au tronc, l'on ne trouvait aucune zone d'anesthésie. Les réflexes cutanés abdominaux étaient normaux. Les membres supérieurs, la face, les pupilles, ne présentaient aucun trouble.

Il s'agissait donc d'une paraplégie spasmodique dont il restait à déterminer la cause et le siège exact. Or, l'examen de la malade montrait de nombreuses cicatrices d'abcès ganglionnaires du cou, au-dessous du menton, qui s'étaient développés de 13 à 14 ans et avaient longtemps suppuré. Aux poumons, on ne trouvait rien, mais la colonne vertébrale, à la région dorsale moyenne, était déformée par une saillie des apophyses épineuses des 5e, 6e et 7e dorsales, la 6e étant la plus proéminente De plus, la pression de ces vertébres était douloureuse. Voilà bien les caractères d'une déformation pottique, et ce qui confirmait encore le diagnostic d'une compression pottique de la moelle, c'est que la réaction de Wassermann était négative, et que le liquide céphalo-rachidien, légèrement xantho-chromique, était riche en albumine, mais ne renfermait que 1,8 cellule par millim. cube, ce qui indiquait une compression médullaire non syphilitique.

Quant au siège exact et à l'étendue de la compression, il n'était pas facile de les préciser, car l'absence de troubles objectifs de la sensibilité du tronc, jointe à l'absence de limite des zones d'excitation des réflexes de défense ne permettait pas de tracer la limite supérieure ni la limite inférieure de la lésion.

Aussi le procédé du lipiodol était-il particulièrement indiqué. M. Thiers injecta donc 2 cc. de lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens, au siège ordinaire de la ponction lombaire. Après cette injection, dans la position horizontale, l'examen radioscopique montra une traînée opaque dans la région dorso-lombaire. Mais dans la position de la tête déclive, on vit le lipodiol se déplacer et s'arrêter à la 10e dorsale. Puis, la malade basculant de manière à replacer la tête haute, le lipiodol retomba dans le cul-de-sac lombaire.

En comparant ces images radioscopiques avec l'examen du rachis, on voit que le bloquage des espaces sous-arachnoïdiens se trouve à 3 vertèbres au-dessous de la déformation vertébrale.

Il y a quelques mois, nous avons eu au n° 23 de la salle Louis une jeune fille de 17 ans, qui venait de Berck où elle avait été hospitalisée pendant 2 ans dans le service du Dr Calvé. Atteinte d'un ancien mal de Pott, elle était paralysée complètement à l'exception de la tête et des membres supérieurs, et on avait dû la transporter sur une sorte de couchette formée d'un cadre de bois et d'un matelas-sommier. Elle était toujours couchée sur le ventre depuis 2 ans, à cause des escharres qu'avait provoquées le décubitus dorsal ; mais tandis que ces eschares postérieures guérissaient, d'autres se formaient à la partie antérieure, notamment aux deux crêtes iliaques, largement ulcérées.

La paralysie avait débuté il y a 2 ans et n'avait cessé de progresser. Le tronc et les membres inférieurs étaient complètement inertes ; la malade ne pouvait même pas se retourner dans son lit et, pour regarder derrière elle, se servait d'un miroir placé obliquement devant sa figure ; elle ne pouvait que redresser son buste en s'appuyant sur ses bras. L'anesthésie était complète sous tous ses modes au-dessous d'une ligne horizontale passant en arrière entre les 5e et 6e dorsales et en avant au niveau des mamelons, en s'échancrant un peu sur la ligne médiane où elle descendait jusqu'à la base de l'appendice xiphoïde. On remarquait que les réflexes plantaires se faisaient en extension et qu'il y avait de la trépidation épileptoïde, mais que les réflexes achilléens étaient normaux et les réflexes rotuliens très affaiblis. L'incontinence sphinctérienne était complète, pour les urines et les matières ; le réflexe anal était aboli, de même que les réflexes cutanés abdominaux.

L'état général était bon néanmoins. Une réaction de Wassermann donna un résultat négatif.

Il n'y avait pas d'automatisme médullaire bien appréciable. L'examen de la colonne vertébrale ne montrait pas de déformation et la pression n'était pas douloureuse sur les apophyses épineuses.

Par ponction lombaire, on retira un liquide qui coulait goutte à goutte et qui contenait beaucoup d'albumine, sans lymphocytes, ce qui confirmait l'existence d'une compression médullaire.

Une radiographie fut faite : elle montra sur le rachis une opacité diffuse, paraissant plus large et plus forcée qu'à l'état normal de la 4e à la 11e dorsale ; mais l'ombre du médiastin gênait beaucoup pour en apprécier exactement les limites.

Une première injection de 5 cc. de lipiodol fut faite par M. Thiers le 6 juin, à la région lombaire en essayant de l'introduire dans l'espace épidural, après avoir, avec l'aiguille, pénétré dans les espaces sous-arachnoïdiens, puis avoir retiré l'aiguille jusqu'à ce que le liquide cessât de couler. Ensuite, le lendemain, une 2e injection de 1 cc. fut faite dans le 1er espace dorsal avec les mêmes précautions. Puis la malade fut radiographiée.

Vous pouvez voir sur la radiographie que le lipiodol de l'injection inférieure a rempli tout l'espace épidural et s'est arrêté à la 1e dorsale. Quant à l'injection supérieure, elle paraît avoir été faite dans le tissu cellulaire et non dans l'espace épidural, car les petites taches de liquide sont éparpillées d'une façon diffuse : ce qui vous montre bien l'utilité de l'injection épidurale à la région inférieure, mais ses difficultés dans les régions supérieures.

Nous avons encore, au n° 14 de la salle Debove, une femme de 62 ans, atteinte d'un mal de Pott qui remonte peut-être à l'enfance, car elle a depuis cet âge une forte scoliose dorsale, mais dont les troubles fonctionnels sont assez récents. C'est, en effet, en juin 1923 seulement que les douleurs sont survenues. assez subitement dans la région lombaire, alors que la malade se levait de son lit. Les douleurs ont persisté, gênant le travail et les mouvements pour se baisser, s'asseoir.

En examinant le rachis, on voit, outre la forte scoliose à convexité droite, une saillie angulaire de l'apophyse épineuse de la 2e lombaire, dont la percussion est très douloureuse. La démarche n'est pas troublée. Les réflexes rotuliens sont conservés, il n'y a pas de clonus, ni de signe de Babinski ; mais les réflexes achilléens sont abolis. Les réflexes abdominaux supérieurs sont conservés, mais les inférieurs sont absents. Il n'y a pas de troubles des sphincters ni de la sensibilité.

La malade a un peu de fièvre : 38° et même 38°2, ce qui est dû sans doute à une légère infection urinaire qui a cédé ensuite à l'uroformine. Elle est assez amaigrie ; la respiration est un peu rude au sommet droit. Il est à noter que cette femme a soigné son mari tuberculeux et qu'elle a été au service d'une personne morte également de tuberculose en 1922.

Le liquide céphalo-rachidien ne renferme ni lymphocytes ni excès d'albumine.

En somme, il s'agit de mal de Pott très bas situé avec signes de compression légère du cône terminal.

Sur la radiographie, vous voyez que le disque intervertébral intermédiaire à L_2 et L_3 fait défaut, les deux corps vertébraux se pénétrant l'un l'autre, surtout du côté droit, de sorte que l'axe du segment rachidien supérieur forme avec celui du segment inférieur un angle obtus ouvert à droite.

Pour compléter ce renseignement, M. Mouzon injecta, par ponction sous-arachnoïdienne, du lipiodol au niveau de la 9e dorsale, au-dessus de la lésion par conséquent. Une nouvelle radiographie fut alors faite, sur laquelle on voit l'huile opaque

© BIU Santé

former une tache sombre dans le cul-de-sac dural, à la hauteur des articulations sacro-iliaques. Mais de plus, une partie de lipiodol se trouve arrêtée au niveau de la lésion, le long de L_2 et L_3, où il dessine une sorte de cupule, à convexité inférieure, au-dessous de laquelle s'aperçoivent quelques traînées sombres au niveau de L_3 et du disque intermédiaire à L_3 et L_2.

Vous voyez que ces explorations au lipiodol nous ont donné des renseignements précis sur le siège des lésions, dans ces 3 cas de compression médullaire. Il s'agissait de maux de Pott, c'est-à-dire de lésions qui n'étaient guère justiciables d'un traitement opératoire de sorte que l'exploration n'avait pas ici de sanction thérapeutique. Mais les indications que ce moyen nous a fournies vous permettent de comprendre tout l'intérêt de cette méthode d'examen et les services qu'elle peut rendre dans les cas opérables.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

L'inversion utérine aiguë

D'après une leçon du Professeur JEANNIN (1).

Je vais commencer par vous lire ce matin une observation qui a d'abord de curieux son extrême rareté. Je ne parlerais pas d'un cas semblable si nous n'étions tous exposés à le voir, ne fût-ce qu'une fois dans notre carrière.

Une primipare de 21 ans avec un enfant bien placé, une tête engagée, le dos à gauche, est envoyée le 20 février accoucher chez une sage-femme. Le travail est régulier, mais la période d'expulsion un peu longue dure 3 h. 15. L'enfant, normal, pèse 3 k. 150.

A 22 h. 10, au bout d'une demi-heure environ on tente la délivrance. Le placenta n'est pas décollé, on attend ; 10 minutes après, la femme, saignant, on pratique à nouveau quelques tractions. La femme éprouve une brusque envie de pousser. Elle pousse violemment pendant que la sage-femme fait des tractions et de l'expression abdominale, le placenta apparaît à la vulve par sa face amniotique. La femme ressent une brusque douleur et perd connaissance. La sage-femme très justement inquiète, après avoir placé cette femme en position déclive appelle mon interne. Il trouve la malade en état de shock, d'une pâleur cireuse, le regard fixe, les extrémités froides. Le pouls est imperceptible à la radiale, on ne peut le prendre qu'au niveau de la carotide. La respiration est normale. La femme répond d'une façon brève et accuse une douleur diffuse dans la région du bas-ventre.

Au niveau de la vulve on voit se présenter le placenta qui lui-même recouvre une tumeur des dimensions d'une tête fœtale. La main mise sur l'abdomen ne rencontre pas le globe utérin. Le traitement, que nous indiquerons plus loin, ayant été mis en œuvre, cette femme a guéri.

En face de quel accident nous trouvions-nous ?

C'est un accident qu'on appelle *inversion utérine aiguë*. C'est, peut-on dire, le retournement de l'utérus qui s'invagine dans sa propre cavité, accident rarissime puisque l'on en trouve un sur 120.000 accouchements. Mais il suffit d'un cas, et comme le jour où vous pourrez le voir il dépendra de votre conduite que la femme soit sauvée ou qu'elle meure, je crois utile d'y consacrer cette leçon.

Quand on lit ce qui a été écrit sur l'inversion utérine, on s'aperçoit que les auteurs parlent de cas extrêmement différents les uns des autres. Ils décrivent d'une part les inversions aiguës, d'autre part les inversions chroniques. Ils insistent sur le fait que l'inversion peut apparaître immédiatement après la sortie de l'enfant, au moment de la délivrance ou plus tard. Ils s'étendent avec complaisance sur les différents degrés de l'inversion, soit que l'utérus s'enfonce simplement au niveau de son fond, enfoncement dit en cul-de-fiole, soit que l'utérus tombe jusqu'au niveau du col ou plus bas, soit enfin qu'il vienne à la vulve. Ils décrivent des inversions qui se réduisent avec une extrême facilité, d'autres au contraire qui sont incapables de se réduire.

Je prendrai un seul cas, celui qui correspond à l'observation de notre sage-femme que nous sommes tous appelés à voir : la forme typique de l'inversion utérine aiguë. C'est l'inversion qui se passe au moment de la délivrance. Elle est aiguë en ce sens que c'est un accident brutal, qui se produit en une fraction de minute presque inappréciable.

Cette inversion correspondant à peu près au troisième degré de celles décrites par les auteurs. L'utérus est retourné suffisamment pour être à la vulve et très souvent même hors de la vulve,

Nous prendrons pour type de description l'utérus hors de la vulve.

Le degré de cette inversion me semble bien défini en partant de cette notion qu'il y a dans l'utérus deux portions : d'une part la portion dure, massive, contractile, qui est le corps, d'autre part la portion molle élastique qui est le segment inférieur. L'inversion aiguë typique sera donc l'inversion de toute la portion contractile, c'est-à-dire de tout le corps au travers du canal cervico-segmentaire.

Etiologie et mécanisme. —Il faut tenir compte de causes prédisposantes et déterminantes.

Il y a deux causes prédisposantes non essentielles mais importantes : la première c'est la multiparité. Très souvent on a eu affaire à des multipares dont le col était largement déchiré.

Une autre cause prédisposante beaucoup plus intéressante, c'est la minceur spéciale de la paroi utérine.

Vous concevez que pour permettre cette invraisemblable bascule il ne faut pas un utérus bien épais, par conséquent bien contractile.

La cause déterminante doit en réalité être double : nécessité d'un état spécial de l'utérus, d'une part, et d'autre part d'une action portant sur cet organe.

Cet état nécessaire de l'utérus c'est l'inertie. Je laisse de côté les discussions byzantines pour savoir s'il s'agit d'inertie primitivement partielle, devenue totale, d'inertie active ou passive. La vérité, c'est que l'inversion typique n'est possible qu'avec un utérus inerte. Si l'utérus est contracté et forme ce qu'on appelle justement le globe de sûreté, le globe rassurant, cette inversion est impossible.

Si, par contre, vous avez un utérus mollasse que vous arrivez mal à limiter, vous concevez combien il est prêt à s'inverser.

Quelle va être l'action qui va porter sur l'utérus ? Elle peut-être de deux sortes. Elle peut agir sur l'extérieur de l'utérus de haut en bas : c'est ce que nous appelons la *vis à tergo*. Ce peut être un effort spontané ou une action provoquée.

La grande cause c'est l'effort de la femme qui pousse. C'est une des raisons, entre beaucoup d'autres, qui vous font dire, quand vous êtes en train de délivrer une femme : ne poussez pas, ne faites pas d'efforts. Ce peut être un

(1) Leçon faite à la Maternité de la Pitié, le 28 février 1924.

© BIU Santé

effort brusque comme dans la toux, le vomissement. Ce peut être ensuite une action provoquée par vous, je veux dire une expression mal faite.

L'expression utérine peut être ce qu'il y a de meilleur et de pire, au point de vue de l'accouchement, d'une part, et de la délivrance de l'autre. Bornons-nous à la délivrance. L'utérus est plus ou moins inerte, le placenta est encore dans l'utérus. Si vous faites une expression que je qualifierai de globale, circulaire, un bon massage de l'utérus, vous le forcez à durcir et le mettez dans les meilleures conditions possibles pour expulser son placenta, et jamais il n'y aura ainsi d'inversion.

Si, par contre, vous pratiquiez une expression absolument différente qui consisterait simplement à appuyer avec votre main à plat sur le fond de l'utérus sans avoir soin d'englober la totalité de l'utérus, votre expression pourra avoir pour conséquence d'abaisser l'utérus et le mettre en inversion.

En opposition avec cette inversion par *vis à tergo* il y a une autre qui est due à le *vis à fronte*.

Il y a un premier cas classique où l'inversion se fait par suite du vide produit dans l'utérus lors de la délivrance artificielle. C'est pourquoi on dit d'attendre pour retirer la main qu'une contraction de l'utérus vous chasse.

Mais ce n'est pas un cas fréquent.

L'autre cas, fréquent, qui est bien celui auquel nous venons d'assister, c'est celui où les tractions sur le cordon sont la cause essentielle de l'inversion, parce que le placenta est anormalement adhérent.

En pratique, toutes les causes peuvent se combiner, et notamment dans la délivrance par expression et tractions combinées, l'inversion est également possible.

Comment se fait-il que tout l'utérus ne s'inverse pas complètement ? C'est qu'il y a, pour en limiter la descente, des ligaments qui semblent être de véritables ligaments d'arrêt : ce sont les ligaments utéro-ovariens, ainsi que le professeur Bar l'a bien mis en évidence.

Abordons la clinique. Etudions d'abord le début de l'inversion ; je ne parle que du type aigu. Le début se caractérise par sa folle brusquerie. C'est un accident en coup de pistolet. La femme ressent une douleur aiguë et qui, comme l'on dit, lui porte au cœur, une douleur qui a tendance à s'irradier non seulement dans le bassin mais dans les cuisses.

En même temps qu'elle souffre, elle a une sensation toute spéciale d'angoisse, l'impression qu'elle va mourir, impression qui malheureusement n'est souvent qu'une réalité, puisque dans le pronostic de l'inversion on note souvent la mort dans les secondes qui suivent, tous les phénomènes classiques caractérisant le schock. Aux symptômes que j'ai lus dans cette observation ai-je besoin d'ajouter cette sorte de pâleur du teint et de décoloration des muqueuses, ce refroidissement des extrémités ce pouls incomptable qu'on a été obligé d'aller chercher aux carotides, cette sensation de manque d'air et d'angoisse que dans le cas actuel manquait, ce qui prouve que les symptômes sont variables. Ce sont des troubles visuels, depuis le brouillard jusqu'à l'amaurose momentanée, des troubles auditifs, en particulier des tintements d'oreilles comme en ont les grandes hémorragiques. Enfin la femme a une sensation de vertige extrêmement pénible et il n'est pas rare de noter des vomissements.

Il y a en somme tout ce qui caractérise le shock comme on le voit après les hémorragies massives post partum, les blessures graves pour les grands traumatismes.

Est-ce que tout cela est spécial à l'inversion ? Certes non : vous le trouverez dans toutes les hémorragies graves, dans presque tous les shocks obstétricaux. C'est assez pour porter l'attention vers la sphère génitale, mais cela ne donne pas le diagnostic. que nous ferons grâce aux symptômes locaux : il y en deux, l'hémorragie et la douleur.

L'hémorragie est essentiellement variable. Alors qu'il y a des femmes qui au cours de l'inversion sont saignées à blanc, au point que dans beaucoup de livres l'inversion n'apparaît guère que comme un chapitre spécial des hémorragies de la délivrance, il en est qui ne perdent rien ou presque rien. Il semble que dans le fait actuel cette hémorragie ait été assez discrète : on parle de 500 à 600 grammes de sang.

De plus, l'abondance de cette hémorragie est très souvent en désaccord avec l'intensité des phénomènes généraux ; ceci prouve qu'il se passe une action sur les centres nerveux, en particulier sur le système sympathique, qui domine la scène.

Cette hémorragie est très variable. C'est qu'il y a en effet deux cas dans l'inversion : dans un premier cas, le placenta anormalement adhérent reste adhérent à l'utérus ; les sinus sont fermés ; cela saigne peu ou pas. Dans un deuxième cas, le placenta est décollé.

L'hémorragie peut être terrible et même foudroyante.

Mais ce n'est pas tant cette hémorragie qui frappe au moment de la délivrance : ce qui frappe c'est l'hémorragie qui a précédé l'inversion. Qui dit inversion dit utérus inerte, et extrêmement inerte. Il est difficile de concevoir qu'un utérus assez inerte pour s'invaginer ne doive pas saigner.

Je vous dirai de la douleur ce qu'on en dit dans beaucoup de maladies : c'est toujours un mauvais élément d'appréciation. Ces femmes souffrent cependant dans la zone hypogastrique, elles ont une sensation de pression sur le périnée, et l'inversion continue à leur donner envie de pousser.

Ceci dit, nous arrivons aux signes physiques, c'est-à-dire à l'examen de la malade.

Vous apprécierez l'inversion d'une part, par le palper, et d'autre part par l'inspection au niveau de la vulve.

En pratique c'est l'inspection vulvaire qui commencera. Ici, je veux d'abord parler du palper.

Quand vous palpez une femme au moment où elle va se délivrer, vous voyez le ventre faire une saillie au-dessus de la symphyse pelvienne, puis s'enfoncer au niveau de l'ombilic.

Cette saillie donne la sensation de l'utérus, du globe de sûreté, du globe rassurant des accoucheurs. Quand une femme est en inversion, cette saillie est remplacée par une dépression, un ventre en bateau, le pelvis ne contient plus l'utérus.

C'est l'inspection vulvaire qui sera intéressante et concluante. A la vulve, hors la vulve se trouve une tumeur, qui a été vue par tous les auteurs. Cette tumeur c'est le corps utérin retourné, présentant sa face interne, revêtu, si la délivrance n'est pas faite, du placenta et des membranes, et si la délivrance est faite, c'est l'aspect du corps utérin tel qu'on le voit au cours d'une césarienne : masse rouge où peuvent s'apercevoir, disent les auteurs, les orifices des trompes. C'est une masse d'aspect un peu spongieux, vaguement contractile, au demeurant régulière, quelquefois douloureuse au toucher.

Remontez le long de cette masse, et vous allez voir qu'elle fait suite à un pédicule qui ne peut être que le segment inférieur, et ce pédicule vous mène dans un cul-

© BIU Santé

de-sac qui est la plicature du segment inférieur sur le col.

Cet utérus peut être tombé tellement bas que le col lui-même est complètement retourné et qu'on ne le sent plus ; c'est exceptionnel.

Il y a d'abord une évolution que je dois vous dire, ne fût-ce que pour sa rareté : il y a eu des cas de réduction spontanée ; l'utérus se contracte et remonte en place. Il y a des cas où l'accident se reproduit aussitôt après la réduction spontanée c'est ce qu'on appelle l'inversion à répétition. Négligeons ces raretés.

Pratiquement, l'utérus inversé reste ainsi, et si la femme, est abandonnée à elle-même l'inversion va se terminer par la mort. Cette mort peut arriver soit rapidement, soit lentement. La mort rapide a lieu surtout par le shock. Elle peut aussi arriver par anémie aiguë post-hémorragique. La mort lente est due à l'infection, que ce soit l'infection généralisée, que ce soit la gangrène de l'utérus : d'aucuns ont dit que c'était un mode de guérison spontanée.

Le pronostic est des plus graves, mais il dépend essentiellement du diagnostic et de la rapidité de l'intervention. Etes-vous assez heureux pour voir qu'il y a inversion et faire ce qu'il convient, vous guérirez vos malades dans une forte proportion, sinon c'est la mort.

Le diagnostic est facile dans la forme typique. Cependant je vais vous signaler deux erreurs possibles ; la première curieuse, mais évidente, c'est de confondre une inversion avec un prolapsus utérin : ce dernier est facile à reconnaître par la présence de l'orifice du col.

On peut confondre aussi l'inversion avec la présence d'un gros fibrome qui s'est extériorisé. Il était adhérent au fond de l'utérus, mais avait un long pédicule. L'enfant sorti, ce polype arrive à l'extérieur. Il est classique d'insister sur cette erreur. Le fait est bien exceptionnel.

Le traitement est de deux sortes. Le premier traitement grâce auquel il y a qu'une inversion sur 120.000 cas, et avec les progrès de la science on en aura encore moins, c'est la prophylaxie qui consiste à bien faire la délivrance, c est-à-dire : 1° à ne pas laisser un utérus devenir inerte. Quand vous avez accouché une femme, ne la quittez pas, massez son utérus, assurez-vous de l'existence de son globe de sûreté ; 2° à ne pas tirer sur le cordon tant que le placenta n'est pas décollé ; 3° à ne pas faire d'expression au moment de la délivrance portant simplement sur le fond de l'utérus : elle doit être globale ; 4° quand on fait une délivrance artificielle, n'enlever la main que quand elle est chassée par une contraction utérine.

Mais enfin il y a un cas d'inversion : que faut-il faire ?

C'est le deuxième traitement, le traitement curatif. Si une sage-femme en ville a affaire à une inversion, elle doit la traiter pendant qu'on cherche le médecin, par conséquent c'est la réduction immédiate qu'il faut faire. Il faut savoir comment se réduit un utérus. Sachez d'abord que si l'on se trouvait la main sur la vulve au moment où l'inversion se produit, il n'y aurait qu'à le repousser devant vous pour remettre l'utérus en place. Ce n'est que secondairement, dans un temps variant de quelques secondes à quelques minutes, qu'il y aura des phénomènes de contracture au niveau de la région cervico segmentaire rendant la réduction difficile.

Donc, tentez de réduire l'utérus dès que vous le verrez arriver à la vulve. Mais une question préalable se pose. Faut-il délivrer ou non la femme ? Ce point est très discuté. Si vous arrivez immédiatement, et que vous voyez l'utérus s'inverser sous vos yeux, le plus simple est de ne pas délivrer et de repousser l'utérus en totalité. A ce moment, vous le massez et la délivrance se fait.

Si, par contre, quelques minutes se sont écoulées entre le moment où l'inversion s'est produite et le moment où vous pouvez intervenir, si surtout le placenta est déjà en partie décollé, faites ou achevez la délivrance avant de réduire l'utérus.

En somme, l'idée directrice est de ne pas perdre de temps et faire l'acte le plus bref.

Comment faire cette réduction.

Il ne faut pas pousser trop devant vous, car ainsi vous ferez rentrer l'utérus dans la vagin, mais vous ne l'aurez pas désinversé : C'est-ce qu'on appelle les fausses réductions.

Il faut toujours attaquer l'utérus par une de ses faces, et, comme le conseille Bar, par la face antérieure, vos mains s'insinuant vers le collet de l'inversion. On exerce un taxis limité. A un moment donné l'utérus remonte en place.

Une fois réduit, si l'utérus saigne, il faut tamponner, faire de l'hypophyse, de l'ergotine, faire le traitement général des hémorragies.

Si on n'est point parvenu à repousser l'utérus par ce taxis, il faut avoir recours à la méthode lente, à la réduction par le ballon. Si on échoue, on est acculé à une intervention chirurgicale. C'est d'une part l'opération dite de Kuster, et d'autre part l'hystérectomie vaginale. Kuster : après colpotomie antérieure, on fait une hystérotomie, sur la face antérieure, puis on attaque l'utérus point par point et le retourne sur lui-même. Mais on ne peut faire cette opération si on doute de la propreté de l'utérus. Dans ce cas une seule opération est possible, c'est l'hystérectomie vaginale comme Segond la pratiquait, en divisant l'utérus en deux valves.

(*Leçon recueillie par le* Dr Laporte.)

PHARMACOLOGIE

La médication analgésique et hypnotique

Etude chimique, physiologique et pharmacologique de l'allonal

Par M. le Docteur **G. POUCHET**

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

En raison de la diversité de ses causes, le traitement de l'insomnie est toujours fort difficile et délicat, aussi est-il nécessaire d'avoir à sa disposition des hypnotiques nombreux, tant pour approprier, autant que possible, la médication à la cause de l'insomnie que pour permettre de varier cette médication afin d'éviter l'accoutumance lorsque le traitement doit durer longtemps, l'insomnie étant bien souvent liée à des états chroniques. Parmi les hypnotiques le plus fréquemment utilisés, ceux du groupe des uréides ont été très étudiés, dans ces dernières années, en raison de leur efficacité et des bons résultats obtenus. On a réalisé, en partant de l'acide barbiturique, un grand nombre de dérivés présentant, pour la plupart, des propriétés médicamenteuses fort accentuées, et leurs applications thérapeutiques ont donné lieu à des observations du plus grand intérêt. L'introduction, dans la molécule de l'acide barbiturique, de radicaux alkylés a conduit à des substances douées de propriétés plus ou moins énergiquement hypnotiques, mais dont l'insolubilité ou l'activité toxique ont obligé à en restreindre l'emploi.

L'acide diéthylbarbiturique (diéthylmalonylurée) a été le point de départ de ces études. Dans le but de remédier à son

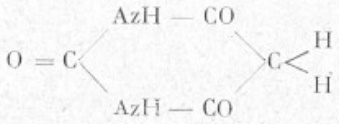
© BIU Santé

insolubilité ou à son influence assez énergiquement toxique, on a remplacé le radical éthyl par les radicaux butyl, propyl, amyl, allyl, etc. On a également essayé le remplacement par des radicaux mixtes, éthyl-propyl, propyl-amyl, amyl-allyl, etc.

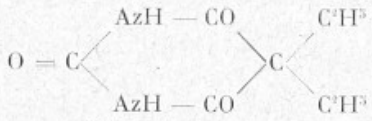
Par sa combinaison avec l'urée, l'acide malonique élimine ses deux oxhydriles qui forment de l'eau avec un atome d'hydrogène de chaque groupe AzH^2 et l'on obtient l'acide barbiturique ou malonylurée. Le résidu malonique contenu dans l'uréide a conservé les propriétés de l'acide primitif, les atomes d'hydrogène du groupe CH^2 sont remplaçables par des halogènes, des métaux ou des radicaux alkylés. Cette dernière substitution permet la synthèse des hypnotiques dont nous nous occupons maintenant. Les formules ci-après rendent compte de leur constitution.



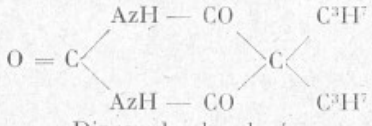
Urée — Acide malonique



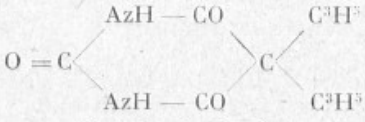
Malonylurée
Acide barbiturique.



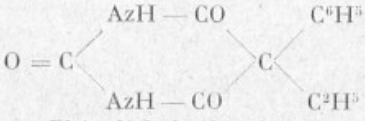
Diéthylmalonylurée
Acide diéthylbarbiturique



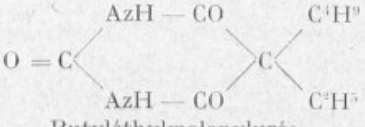
Dipropylmalonylurée
Acide dipropylbarbiturique.



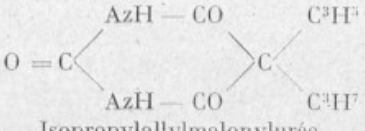
Diallylmalonylurée
Acide diallylbarbiturique



Phényléthylmalonylurée
Acide éthylphénylbarbiturique



Butyléthylmalonylurée
Acide butyléthylbarbiturique



Isopropylallylmalonylurée
Acide isopropylallylbarbiturique.

La phényléthylmalonylurée ou acide éthylphénylbarbiturique a été réservée au traitement des affections nerveuses centrales et de l'épilepsie. Ses propriétés hypnotiques sont moins intéressantes ; nous ne nous en occuperons pas ici. D'autre part, il semble que les radicaux alkylés mixtes exaltent les propriétés hypnotiques. C'est ainsi que la butyléthylmalonylurée ou acide butyléthylbarbiturique, récemment étudiée par MM. Carnot et Tiffeneau (1), s'est révélée comme un hypnotique très actif. Cependant la plupart de ces composés présentent, au point de vue de leur emploi dans la pratique, un très grave inconvénient : c'est leur faible et difficile solubilité entraînant une lenteur de leur action dont le désavantage est encore surpassé par le retard de leur élimination. On a essayé de les solubiliser en les combinant à la soude. C'est ainsi qu'on a proposé le diéthylbarbiturate sodique, en utilisant la constitution acide du diéthylbarbiturate pour le saturer par un alcali. Mais on tombe alors dans d'autres inconvénients : diminution marquée du pouvoir hypnotique qui oblige à augmenter les doses, altération assez rapide du produit, surtout quand il est en solution, par rupture du noyau barbiturique.

Ces constatations ont conduit M. Redonnet (2) à réaliser la solubilisation par une base moins énergique, et il a choisi pour cela la diéthylamine. Il a étudié dans la laboratoire du professeur Cloëtta, à Zurich, le diéthylbarbiturate de diéthylamine, l'éthylphénylbarbiturate de diéthylamine, le diallylbarbiturate de diéthylamine. A la suite de nombreuses expériences, faites tant au point de vue pharmacologique que physiologique et dont les résultats ont été publiés dans les *Archives internationales de pharmacodynamie*, cet observateur est arrivé à la conclusion que le mélange à parties égales de diéthylbarbiturate de diéthylamine et de diallylbarbiturate de diéthylamine réalisait en quelque sorte l'hypnotique idéal. En effet, il s'agit ici d'un mélange de deux combinaisons solubles, par conséquent susceptible d'être utilisé par voie d'injections aussi bien que sous forme de gouttes par la voie buccale ; ce mélange est très facilement maniable, il est peu toxique et il manifeste des propriétés hypnotiques de premier ordre.

D'un travail également publié par M. Wiki (3) dans les *Archives internationales de pharmacodynamie*, il résultait que l'isopropylallylbarbiturate de diéthylamine possédait des qualités hypnotiques au moins aussi marquées que celles des autres sels de diéthylamine étudiés par lui : diallylbarbiturate, diéthylbarbiturate, éthylphénylbarbiturate ; et, tout récemment, M. Redonnet (4), reprenant ses expériences premières, constatait, lui aussi, que l'isopropylallylbarbiturate de diéthylamine pouvait être avantageusement substitué au diallylbarbiturate dans le mélange qu'il avait préconisé.

Ce mélange à parties égales de diéthylbarbiturate de diéthylamine et d'isopropylallylbarbiturate de diéthylamine est actuellement spécialisé sous la dénomination de Somnifène. Chaque centimètre cube de la solution de ce produit contient 0,10 centigrammes d'acide diéthylbarbiturique et 0,10 centigrammes d'acide isopropylallylbarbiturique.

Dans ses conclusions, M. Redonnet estime que l'activité du Somnifène est supérieure à celle des autres hypnotiques de cette série, tandis que sa toxicité est inférieure. En outre, sa solubilité permet de l'employer facilement et on a même pu l'utiliser avec succès pour provoquer l'anesthésie obstétricale et chirurgicale (5).

Cette longue série de travaux relatifs aux substances hypnotiques que l'on peut obtenir à l'aide des dérivés de l'acide barbiturique, les expérimentations comparatives effectuées sur de très nombreux animaux et enfin l'expérimentation clinique qui a confirmé les résultats favorables déjà obtenus, ont démontré, avec toute certitude, à la suite des travaux de M. Redonnet, de M. Wiki, de M. Ritz, que l'acide isopropylallylbarbiturique était un hypnotique très actif et de minime toxicité.

Mais ce produit, pas plus que le Somnifène, ne répondait pas à toutes les exigences de la thérapeutique qui a besoin de trouver, à côté de propriétés hypnotiques accentuées, des propriétés analgésiques non moins efficaces. Ce desideratum a conduit à tenter l'association d'un analgésique éprouvé à l'acide isopropylallylbarbiturique. Après diverses tentatives, on a essayé de remplacer, pour la saturation de cet acide, la dié-

© BIU Santé

thylamine par l'amidopyrine. On a obtenu de la sorte un produit d'addition qui, bien que constitué par une combinaison faible et facile à dissocier, n'en réalise pas moins une combinaison sur le type d'un sel.

Par fusion d'une molécule d'amidopyrine avec une molécule d'acide isopropylallylbarbiturique, on aboutit, en effet, à une combinaison définie, présentant un point de fusion constant à 92°5. Ce produit, de couleur jaune clair, se dissocie en ses deux constituants sous l'influence de l'eau ou de l'alcool, mais le benzène permet de le dissoudre à l'état non dissocié et la solution présente une couleur jaune. Cet isopropylallylbarbiturate d'amidopyrine a été spécialisé sous la dénomination d'Allonal.

Dans de multiples circonstances où il y a lieu de faire intervenir les hypnotiques, la douleur, l'agitation, l'excitation dominent le tableau clinique. C'est alors que l'Allonal manifeste ses avantages, en permettant à l'influence hypnotique de s'exercer à coup sûr après que la sédation des phénomènes douloureux et d'excitation aura mis l'organisme du sujet en état de céder facilement à la sollicitation de l'hypnotique. Il n'est plus nécessaire alors de recourir à des doses relativement élevées du produit hypnotique pour endormir la douleur et l'excitation sous l'influence d'un sommeil de longue durée qui opprime le malade et présente tous les inconvénients d'une narcose intense et prolongée. Des essais qui ont été poursuivis sous la direction du professeur agrégé P. Combemale (6), à la Clinique psychiatrique de Lille, il résulte que l'Allonal a donné de remarquables succès dans les cas d'insomnies douloureuses ou chez des sujets agités, sans entraîner de manifestations toxiques, ni de phénomènes d'accumulation. Aucun effet nocif sur le cœur, sur les reins, sur les poumons. L'action sédative et hypnotique s'est révélée très efficace dans les insomnies liées à des douleurs rhumatismales, des angines, des névralgies dentaires, ainsi que dans les insomnies sous la dépendance d'une fatigue, d'un surmenage, de la courbature grippale, d'une agitation d'origine quelconque.

Comme nous l'avons déjà dit, Wiki (3), dans le laboratoire du professeur Mayor, avait étudié l'isopropyl-allyl-barbiturate de diéthylamine ; ses recherches physiologiques ont été complétées par nos recherches personnelles et par celles de Ritz, sur l'action comparée (sur les cobayes, les lapins, les chiens, les grenouilles), — des divers dérivés barbituriques — diéthyl, isopropyl, allyl, diallyl ou dipropényl, etc. — par voies buccale, sous-cutanée, péritonéale, intra-veineuse. On trouvera, dans les tableaux ci-joints, l'essentiel des résultats obtenus :

L'acide isopropylallylbarbiturique donne, comme ont peut le voir, les mêmes effets que l'acide diéthylbarbiturique avec des doses 4 à 5 fois moindres.

Recherches expérimentales sur l'isopropylallylbarbiturate de diéthylamine.

Acide diéthylbarbiturique et *acide isopropylallylbarbiturique.*

Animal et voie d'administration	Acide diéthylbarbiturique			Acide isopropylallylbarbiturique		
	Début	Sommeil profond.	Dose léthale	Début	Sommeil profond.	Dose léthale
Cobaye intrapéritonéale	0.1-0.12	0.12	0.29	0.02	0.033	0.083
Lapin buccale.....	0.15 env.	0.24	0.41	0.04	0.045	0.140
Chien buccale				0.025*	0.025**	
Chien sous-cutanée ..					0.018	

* Les doses s'entendent par kg. d'animal.
** Durée du sommeil : 5 heures.

Acide diallyl ou dipropénylbarbiturique et *acide isopropylallyl* ou *isopropylpropénylbarbiturique.*

Animal et voie d'administration	Acide dipropénylbarbiturique			Acide isopropylpropényl-barbiturique		
	Début	Sommeil profond.	Dose léthale	Début	Sommeil profond.	Dose léthale
Cobaye intrapéritonéale	0.024	0.03		0.02	0.033	—
Lapin buccale	0.052 env.	0.06		0.04	0.045	—

Acide isoamylallylbarbiturique, acide diallylbarbiturique

et *acide isopropylallylbarbiturique.*

Animal et voie d'administration	Acide isoamylallylbarbiturique			Acide diallylbarbiturique			Acide isopropylallylbarbiturique		
	Début	Sommeil profond	Dose léthale	Début	Sommeil profond	Dose léthale	Début	Sommeil profond	Dose léthale
Cobaye intrapéritonéale.....	0.018	0.032	0.024	0.024	0.03	—	0.02	0.033	0.083
Lapin buccale.....	0.041*	0.11	0.11	0.052	0.06	—	0.04	0.045	0.14

* jusqu'à 0.063.

© BIU Santé

Chez le cobaye, il n'y a pas de différence d'activité entre les deux préparations. Chez le lapin, c'est l'acide dipropénylbarbiturique qui paraît être le moins actif. Chez le chien, l'expérimentation de l'activité de ces deux produits conduit à des résultats à peu près identiques.

L'activité des trois substances chez le cobaye est à peu près identique. Sur le lapin, l'acide isopropylallylbarbiturique est le plus actif. La durée de la narcose est aussi pour le cobaye plus longue avec ce produit. Des trois barbituriques, c'est l'acide isopropylallylbarbiturique qui est le plus actif.

Essais sur la grenouille.

	Doses par gr.	Position sur le dos	Durée du sommeil
a) Acide diéthylbarbiturique.	1.36 mgr.	10'	+
	1.22	10'	+
	1.0	18'	70 h. rétablie.
	1.75	12'	55 h. »
	0.6	25'	30 h. »
	0.5	35'	12 h. »
	0.44	45'	14 h. »
	0.36	50'	10 h. »
	0.30	—	fortement étourdie, pas de sommeil.
b) Acide dipropénylbarbiturique.....	0.36 mgr.	12'	+
	0.3	15'	+
	0.25	25'	+
	0.23	20'	70 h. rétablie
	0.20	25'	60 h. »
	0.16	40'	34 h. »
	0.13	45'	20 h. »
	0.10	45"	18 h. »
	0.075	—	fortement étourdie, pas de sommeil.
c) Acide isopropylpropénylbarbiturique.	0.45 mgr.	10'	+
	0.39	10'	+
	0.32	15"	+
	0.26	18'	+
	0.20	20'	72 h. rétablie
	0.16	25'	80 h. »
	0.13	35'	50 h. »
	0.10	40'	23 h. »
	0.065	50'	16 h. »
	0.05	—	fortement étourdie, pas de sommeil.

+ = morte.

Ici, aussi, c'est l'acide isopropylallylbarbiturique qui s'est révélé le plus actif. Si l'on compare les doses susceptibles de produire un effet hypnotique manifeste, l'acide diéthylbarbiturique, l'acide isopropylpropénylbarbiturique et l'acide dipropénylbarbiturique se trouvent dans le rapport suivant : 0.36 : 0.065 : 0.10. L'action thérapeutique de l'acide isopropylpropénylbarbiturique est également plus étendue que celle des deux autres produits. Le coefficient thérapeutique, c'est-à-dire le rapport entre la dose juste active et celle encore juste supportée est :

pour l'acide diéthylbarbiturique..... de 1 — 2,7.
» » dipropénylbarbiturique ..... de 1 — 2,3
» » isopropylpropénylbarbiturique de 1 — 3,0.

Détermination de la dose efficace minima chez le chien, par injection intraveineuse, de la préparation :

Dose par kgr.	Apparition du sommeil	Durée du sommeil	Observations
Acide n-propylallylbarbiturique			
0.045	20 minutes.	2 h.	1/2 h. env. sommeil profond
0.03	2 h. 1/2	1 h. 1/2.	sommeil léger, se réveille à l'appel.
Acide diallylbarbiturique			
0.03	40 minutes.	1 h. 1/2.	1 h. 1/2 sommeil profond, puis réagit au pincement.
0.025	—	pas de sommeil.	fort étourdissement, somnolence.
Acide isopropylallylbarbiturique.			
0.03	15 minutes	5 h. 1/2.	sommeil très profond.
0.0275	40 —	1 h. 1/2.	pendant 1/2 h. env. sommeil profond.
0.025	25 —	1 h. 1/2.	pendant 1/2 h. env. sommeil profond.
0.02	90 —	70 minutes.	sommeil léger seulement, réveil partiel par appel ou pincements.

Acide isopropylallylbarbiturique (sel sodique) et *acide diéthylbarbiturique (sel sodique).*

Action hypnotique chez le chien par voie intraveineuse.

Dose par kgr.	Début du sommeil.	Durée du sommeil.	Observations.
Sel de sodium de l'acide isopropylallylbarbiturique.			
0.103 gr.			
0.027	20 minutes	1 h. 1/2.	sommeil profond pendant une heure.
0.04 gr.			
0.036	10 »	4 h.	sommeil profond, 3 h. 1/2.
Sel de sodium de l'acide diéthylbarbiturique.			
0.06 gr.	—	pas de sommeil.	seulement léger étourdissement.
0.12 »	—	» »	étourdissement assez fort, un peu d'agitation.
0.18 »	1 h.	2 h. 1/2.	fort étourdissement et titubation pendant 10 h. environ.

Dans cette série d'essais, l'acide isopropylallylbarbiturique s'est, de nouveau, montré très supérieur aux autres substances de cette série comme action hypnotique.

Si nous réunissons les doses données et comparons ces chiffres avec ceux des essais antérieurs et de la littérature, nous obtenons le tableau suivant :

	Dose hypnotique par kgr. de chien.	Efficacité thérapeutique comparée à celle de l'acide diéthylbarbiturique.
Acide diéthylbarbiturique.....	11 cgr.	1
Acide diéthylbarbiturique (sel sodique)	18 »	0.7
Acide n-propylallylbarbiturique..	4,5 »	2,4
Acide diallylbarbiturique.....	3 »	3.7
Acide isopropylallylbarbiturique (sel sodique)	2,7 »	4
Acide isopropylallylbarbiturique.	2,5 »	4,4

© BIU Santé

L'activité de l'acide isopropylallylbarbiturique peut être déclarée optima puisqu'elle se montre 4 fois 1 /2 plus forte que celle de l'acide diéthylbarbiturique.

Mais, en étudiant les particularités des protocoles d'essais, on s'aperçoit que l'acide isopropylallylbarbiturique possède ce grand avantage d'être rapidement éliminé et de ne pas provoquer cet état de torpeur prolongé que l'on peut observer d'une façon très marquée avec les autres dérivés barbituriques.

On comprend dès lors pourquoi il a paru utile de substituer l'acide isopropylallylbarturique ou isopropylpropénylbarbiturique à l'acide diallylbarbiturique ou dipropénylbarbiturique dans la constitution du somnifène et pourquoi aussi le choix s'est porté sur ce dérivé barbiturique lorsqu'on a voulu renforcer l'action de l'amidopyrine, d'autant plus, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, que cet acide forme avec l'amidopyrine, un véritable produit d'addition, une combinaison sur le type d'un sel.

L'expérimentation clinique est venue d'ailleurs confirmer les données de l'expérimentation physiologique et pharmacologique. L'Allonal, utilisé de divers côtés avec le plus grand succès, s'est montré un analgésique parfait, un sédatif progressif et un hypnogène sûr. Il est employé avec d'excellents résultats dans toutes les algies de quelque nature qu'elles soient et en particulier dans toutes les douleurs empêchant le sommeil, et il a pu même être substitué, dans de nombreux cas, avec avantage aux divers opiacés, dont il n'a pas les inconvénients.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Carnot (P.) et Tiffeneau (M.). — Sur un nouvel hypnotique de la série barbiturique : la butyl-éthyl-malonyl-urée. *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, CLXXV, 24 juillet 1922 p. 241-244.

Carnot (P).) et Tiffeneau (M.). — Sur un nouvel hypnotique : la butyl-éthyl-malonylurée. *Paris médical*, n° 41, 14 octobre 1922, p. 329-334.

Bardet (D.). — Sur l'utilisation, comme anesthésique général, d'un produit nouveau, le diéthyldiallylbarbiturate de diéthylamine. *Bull gén. de thérapeutique*, LXXXVIII, n° 1, janvier 1921, p. 27-33.

Bardet (G. et D.). — Contribution à l'étude des hypnotiques uréiques. Action et utilisation du diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine. *Bull. gén. de thérapeutique*, CLXXII, n° 4, avril 1921, p. 173-205.

Fischer (E.) et von Mering (J.). — Ueber eine neue Klasse von Schlafmitteln. *Therap. der Gegenw.*, V, 97-101, 1903.

(2) Redonnet (T. Alday). — Recherches comparatives sur l'action pharmacodynamique des dérivés de l'acide barbiturique. *Arch. internationales de pharmacodynamie*, XXV, 25-37, 1920 et *Bull. gén. de thérapeutique*, t. 172, n° 2, février 1921, p. 61-76.

(3) Wiki (B.). — Recherches pharmacodynamiques sur les somnifères de la série barbiturique. *Archives internationales de pharmacodynamie* XXVII, fasc. I-II, 1922, p. 117-161.

(4) Redonnet (T. Alday). — Estudio Farmacologico del Somnifeno. *Los Progresos de la Clinica*, XXVII, n° 145, janvier 1924, p. 94-126.

(5) Cleiszet Perlis (R.). — A propos de l'accouchement sans douleur. *Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris*, n° 9, 10 décembre 1923, p. 527-533.

Cleisz et Perlis (R.). — De l'utilisation en obstétrique du Somnifène. *Bull. gén. de thérapeutique*, n° 12, décembre 1923.

Perlis (Jules). — Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur. *Thèse de Paris*, février 1924.

Cerné (Pierre). — Les hypnotiques uréiques et l'analgésie obstétricale *Thèse de Paris*, juillet 1923.

Delmas (Paul). — A propos de l'accouchement indolore. *Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, avril 1924 et *Journal des Praticiens*, n° 17, 26 avril 1924, p. DCCC.

de Rouville et Madon. — Anesthésie au Somnifène intra-veineux dans les petites interventions gynécologiques. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, avril 1924 et *Journal des Praticiens*, n° 17, 26 avril 1924, p. DCCC.

Kindler (I.). — Contribution à l'étude du Somnifène. *Thèse de Montpellier*, décembre 1921.

Boisnière. — Sur un hypnotique de la série uréique, le diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine (Somnifène). *Thèse de Bordeaux*, décembre 1921.

Trampol (R.). — Le diéthyl-diallyl-barbiturale de diéthylamine dans le traitement des états psychopathiques. *Thèse de Nancy*, juillet 1922.

Hamant (A.) et Bénech (J.). — Le Somnifène. *Revue médicale de l'Est*, tome XLIX, n° 19, 1er octobre 1921, pp. 596-602.

Combemale (P.), Vullien (R.) et Assoignion (P.). — Du traitement de l'insomnie des états psychopathiques par le diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine : Somnifène « Roche ». *L'Echo médical du Nord*, XXV, n° 17, 30 avril 1921, p. 169-177.

Combemale (P.). — L'insomnie. Son traitement. *Pratique médicale française*, n° 18, avril 1922, p. 801-807.

Sanchis Banus. — La cura de la narcosis duradera por el Somnifeno. *Medicina*, n° 1, juin 1923, p. 1-25.

(6) Combemale, Courteville et Nayrac. — Sur l'emploi thérapeutique de l'isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine. *Pratique médicale française*, n° 4, avril 1923, p. 166-168.

Burns (M.-A.). — A new nonnarcotic drug which is both hypnotic and analgesic. *New York Médical Journal*, 19 avril 1922, p. 490-491.

Mallein-Gérin (A.). — La douleur et ses antidotes. Un analgésique renforcé. *Concours médical*, n° 8, 24 février 1924, p. 415-416.

Sydney Kuh et F.-J. Gerty. — Clinical experiences with a new hypnoanalgesic. *The Therapeutic Gazette*, 15 avril 1923, p. 242-245.

C.-H. Dodge. — The control of pain without narcosis as a medicinal treatment of dental and oral surgery. *Dental Facts*, XII, n° 1, janvier 1924, p. 32-35.

Tellier (J.) et Beyssac (P.). — De l'emploi de l'Allonal en pratique odonto-stomatologique. *Association des Dentistes du Rhône*, 18 février 1924 et *Province dentaire*, n° 2, mars-avril 1924.

Mallein-Gérin (A.). — Douleur et insomnie. *Concours médical*, n° 17, 27 avril 1924, p. 1021-1022.

J. Carpentier Mc Nelis. — Controlling the nervous manifestations of pregnancy and the puerperium. *The American Physician*, XXIX, n° 2, février 1924, p. 93-96.

Dinkelspiel (M.-R.). — Analgesia and sleep without narcosis. *The American Physician*, septembre 1922, p. 645-647.

ACTUALITÉS

Sexualité et hormones

D'après le livre de M. Champy (1).

M. Champy vient de formuler ses idées sur la sexualité en un volume dense de recherches personnelles et d'âpres critiques, que je veux essayer de résumer de mon mieux pour les lecteurs du *Progrès médical*.

Première partie : Évolution des caractères sexuels primaires

Dans cette première partie, M. Champy étudie les caractères sexuels primaires, c'est-à-dire les caractères des glandes génitales et de leurs cellules et comment ces glandes évoluent de la neutralité primitive vers l'état de sexualité.

Chez les vertébrés, la glande génitale apparaît sous la forme de cellules qui sont identiques dans les deux sexes : les gonocytes.

On leur attribue tantôt une origine mésodermique, tantôt (et c'est l'opinion qui paraît prédominer) une origine entodermique.

Ces gonocytes se développent dans l'ébauche des glandes génitales ou bien elles migrent vers cette ébauche et s'y concentrent.

L'ébauche génitale subit des modifications architecturales qui en général sont plus précoces que les modifications de différenciation cellulaire :

1° Chez le mâle, formation de l'albuginée et disparition de l'épithélium germinatif (mammifères et batraciens anoures) — ou état stationnaire (urodèles) : au total peu de modification ;

2° Chez la femelle, poussées formatives de nouveaux gonocytes au dépens de l'épithélium germinatif, ceci étant limité à la période embryonnaire dans certaines espèces (dont la femme) et pouvant se renouveler toute la vie dans d'autres espèces.

La première différenciation sexuelle n'est pas irrévocable. On connaissait de tels changements de sexes chez les invertébrés. M. Champy a eu l'occasion d'en observer chez un Batracien, le Triton.

Ayant soumis un jeune mâle à un jeûne sévère avec l'idée de provoquer par l'inanition une annihilation des glandes génitales (castration nutriciale), il eut la surprise de lui voir prendre l'aspect d'une femelle dès qu'il recommença à l'alimenter. A l'autopsie, il constata la présence d'ovaire.

Le changement de sexe était donc patent.

(1) Sexualité et Hormones. — Un volume 376 pages, 160 figures dans le texte et 7 planches. G. Doin, éditeur, Paris.

© BIU Santé

Depuis, M. CHAMPY a cherché à reproduire ce phénomène et il y a réussi deux fois sur soixante animaux mis en expérience. Dans les cas de non-réussite, il est probable que l'inanition n'a pas été poussée assez loin pour faire régresser complètement la spermatogénèse.

Chez les Oiseaux, l'ablation de l'ovaire permet le développement des vestiges masculins atrophiés.

Par contre, chez les Mammifères, il semble que l'évolution vers la sexualité ne soit pas réversible.

Chez les jeunes d'un grand nombre de Vertébrés, avant leur maturité, il y a coexistence de cellules mâles et de cellules femelles ; exemple : les lamproies, les batraciens, divers poissons, reptiles, oiseaux, mammifères.

Ces intersexués sont presque tous de futurs mâles : « c'est chez le mâle surtout que le sexe subit un flottement au début. »

Cette coexistence de deux sortes de cellules sexuelles ne serait pas une apparence ; on a dit que les cellules données comme mâles étaient des gonocytes indifférents et que certains individus classés mâles sont des femelles ; cela n'est point car la proportion de ces jeunes bi-sexués (8 sur 10) est bien plus grande que celle des femelles adultes (moins de 5 sur 10).

Chez les animaux à spermatogénèse temporaire, ces poussées de bi-sexualité reparaissent à chaque période inter-spermatogénétique : taupe, oiseau, cétacé.

Dans de nombreuses espèces, de tels faits se voient chez l'adulte. M. CHAMPY en a observé des cas chez divers Poissons et Batraciens et M. REGAUD l'a vu chez la chatte.

Cette bi-sexualité cellulaire n'est qu'un degré de l'hermaphrodisme vrai avec formation de deux glandes ou de lobes glandulaires bi-sexués dans une même glande génitale.

Pendant la période de maturité, on voit s'accentuer les différences de formes qui aboutissent à l'ovogénèse ou à la spermatogénèse. Cette évolution se fait suivant des types variés.

1° Type *Lamproie* : à la métamorphose, la spermatogénèse apparaît brusquement chez le mâle et l'ovogénèse, discrète jusque-là, s'accentue chez la femelle. Tous les éléments ont une évolution synchrone jusqu'à l'excrétion des produits génitaux et la mort de l'individu (poussée unique).

2° Type *Grenouille* : il se produit à une saison, optima pour chaque espèce, une poussée brusque de cellules sexuelles, qui évolue avec une vitesse propre à chaque espèce et s'arrête totalement quand il y a un certain nombre de spermatozoïdes. Il se produit quelque chose comme l'arrêt d'une réaction à un certain état d'équilibre (poussée saisonnière).

3° Type *Hommes* et animaux domestiques : la production des cellules génitales est permanente.

4° Type *Hérisson* : la production des cellules génitales est permanente mais subit des temps d'arrêt pendant les saisons défavorables, en froid (Hérisson), en chaud (Taupes et Cétacés.

La spermatogénèse est déclanchée par une cause inconnue qui serait conditionnée par la nutrition : cette cause est temporaire dans certaines espèces, et permanente dans d'autres.

De ce qu'elle est liée à la nutrition générale, l'auteur donne quatre preuves :

1° elle disparaît quand les conditions de nutrition deviennent mauvaises pour l'espèce : influence de l'hiver sur les oiseaux, influence de l'été sur les taupes ;

2° elle régresse sous l'influence de l'inanition expérimentale ;

3° elle n'existe pas chez le jeune qui a besoin de ses nucléines pour réaliser sa croissance ;

4° il y a un rapport constant dans chaque espèce entre la taille de l'individu et le poids des cellules sexuelles.

La spermatogénèse se comporte comme une réaction chimique qui s'arrête en équilibre par la présence d'une certaine quantité de ses produits (les spermatozoïdes). On peut la comparer à une réaction

$$\text{acide} + \text{alcool} \rightleftarrows \text{éther} + \text{eau}.$$

1° Voir plus haut la spermatogénèse du type grenouille ;

1° *bis* Si j'enlève de l'éther, la réaction reprend : si je résèque du testicule, il se produit une hypertrophie compensatrice du fragment ; si je fais une castration unilatérale, l'autre testicule augmente, (à condition que par des incisions j'ai fendu son albuginée pour permettre l'extension du tissu néoformé).

2° Si j'ajoute de l'éther, la réaction inverse se produit et il y a reconstitution d'acide et d'alcool : si je greffe un testicule, une partie des spermatozoïdes de l'individu dégénéré ;

3° Si je supprime de l'alcool et de l'acide, une partie de l'éther se décompose : si je supprime des aliments, une partie des spermatozoïdes dégénère.

DEUXIÈME PARTIE : LES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES

Dans cette deuxième partie, M. CHAMPY énumère les caractères sexuels secondaires : voies génitales, organes érectiles (génitaux, tel le tissu caverneux génital, ou extra-genital, telle la crête), instinct sexuel, pigmentation, phanères, nageoires et autres replis épidermiques, glandes cutanées des anoures, du porte-musc et glandes mammaires, cornes et appendices céphaliques analogues, variation de la taille des membres, variation sexuelle de la taille.

Ces caractères ont une morphologie très variée.

Certains sont liés à la fonction, pour les autres, on ne voit pas le rapport. Certains apparaissent de très bonne heure, d'autres plus ou moins tard ; les unes apparaissent brusquement, les autres se développent progressivement.

Leur développement comporte deux stades : une multiplication cellulaire pour laquelle on peut étudier des rapports éventuels avec la fonction sexuelle et une différenciation qui est d'ordre tout à fait spécial et sans aucune signification générale.

TROISIÈME PARTIE : COINCIDENCE D'ÉVOLUTION ENTRE LES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES ET LES CARACTÈRES PRIMAIRES.

Les coïncidences d'évolution ont été souvent observées superficiellement.

Elles n'indiquent d'ailleurs qu'une présomption d'interaction et ne font pas la preuve de cette interaction.

La discordance d'évolution a, dans le sens négatif, une bien plus grande valeur.

La conclusion des faits étudiés dans ce chapitre est la suivante : « Il ne se passe généralement rien de nouveau, *cytologiquement parlant*, dans la glande génitale, à l'époque d'apparition des divers caractères sexuels : on ne trouve, en tout cas, aucun phénomène cytologique commun. La seule chose qu'on puisse noter avec une régularité certaine, est une augmentation de volume, indépendante d'ailleurs de la structure. »

QUATRIÈME PARTIE : RAPPORTS ENTRE LA CROISSANCE GÉNÉRALE DE L'INDIVIDU ET LA CROISSANCE SEXUELLE.

Les organes dont le développement constitue un caractère sexuel secondaire ont un accroissement plus accentué que celui du corps.

C'est un point sur lequel M. CHAMPY a fait d'importantes recherches, en étudiant, après LAMEERE les appendices céphaliques de certains insectes ; en particulier chez le *Lucane* et chez le *Dynaste*.

Les mandibules d'un petit *Lucane* mâle ont une longueur qui n'est pas tout à fait le quart de la longueur de l'individu ; chez un grand *Lucane*, les mandibules sont égales à la moitié ; la longueur des mandibules croît plus vite que celle du corps, il y a dysharmonie entre les deux croissances.

Ce fait s'observe chez les individus d'un très grand nombre d'espèces actuelles et fossiles pour un très grand nombre de caractères ; il s'observe aussi pour des espèces voisines, qui diffèrent surtout par la taille.

© BIU Santé

La croissance des caractères somatiques peut se figurer par une droite, celle des caractères sexuels par une parabole. M. CHAMPY a calculé le volume du corps et le volume des cornes dans une série de *Dynastes*. Il a mis ensuite les premiers en abscisses et les seconds en ordonnées et il a obtenu une parabole : donc non seulement la croissance des appendices sexuels est plus accentuée que celle du corps, mais cet allongement des cornes est comparable à un mouvement uniformément accéléré.

Des vérifications faites dans d'autres espèces renforcent cette notion chez les insectes et les crustacés.

Les métamorphoses qui amènent l'apparition des caractères sexuels secondaires se passent dans un temps toujours le même, quelle que soit la taille des individus (à température égale bien entendue). Donc, si ce temps est le même, la différence de « tissu d'appendice sexuel » ainsi créé par deux individus de taille différente est fonction de la vitesse avec laquelle chacun produit son appendice : M. LEGRAND fabrique plus que M. LEPETIT, parce qu'il fabrique plus vite.

M. Champy déduit de ces prémisses que la production du « tissu d'appendice sexuel » est une réaction chimique que régit la loi des masses. Pour ce, deux interpolations sont nécessaires :

« Plus l'animal est grand, avons-nous indiqué plus haut, et plus il se forme de tissu d'appendice sexuel » par interpolation, nous dirons : « plus l'animal est riche en matériaux alimentaires et plus il se forme de tissu, etc. » ; et puis, nous dirons avec M. CHAMPY : « la concentration des matériaux augmente avec la taille » ;

2° « La quantité de tissu créé est fonction de la vitesse de production » devient « ... est fonction de la vitesse de réaction ».

Nous avons alors deux réactions qui se produisent dans un même temps, qui donnent des quantités de produits différents ; celle où il y a le plus grand taux de matériaux initiaux donne le plus de produits terminaux. Nous voici en plein accord avec la loi des masses que je cite d'après OSTWALD. « L'équilibre chimique entre les différentes substances faisant partie d'un même système ne dépend pas des quantités absolues de ces substances, mais de la concentration de chacune d'elles ».

Mais pour expliquer la croissance suivant une courbe parabolique, il faut invoquer l'action d'un catalyseur. La vitesse d'une réaction chimique régie par la loi des masses devrait se traduire par une droite. Donc il faut invoquer l'action d'un facteur qui accélère la réaction : ce facteur c'est l'**hormone sexuelle**.

Ce qui fait varier la concentration des matériaux d'édification fait varier la production de tissu d'appendice sexuel. C'est ce que M. CHAMPY a vérifié de deux façons chez le triton :

2° Prenons une série de tritons bien nourris. Mettons-les à jeun, un premier lot au frais (8° à 10°), le deuxième lot à 15°-18° ; la consommation des réserves organiques est plus grande chez les animaux mis à 15°-18°, car le métabolisme est plus actif. Or, la crête dorsale régresse plus vite chez eux que chez les animaux mis au froid.

2° La crête des tritons régresse après amputation d'un membre, parce que la régénération du membre cause une consommation des réserves nutritives.

Nous passerons rapidement sur les faits semblables observés chez les poissons, les oiseaux et les mammifères (les bois des cerfs en particulier obéissent à la même loi.)

Divers exemples prouvent que la croissance dysharmonique n'est pas propre aux seuls caractères sexuels, mais cependant elle est beaucoup plus accentuée pour ceux-ci et surtout pour les caractères sexuels des mâles : l'influence sexuelle modifie la grandeur du phénomène, si elle n'en modifie pas la nature essentielle.

Il n'y a pas une puberté mais des pubertés : chaque phénomène de croissance sexuelle apparaît à un moment qui lui est particulier, et s'accélère à un autre moment qui lui également est particulier par rapport aux autres caractères sexuels ; il y a autant de pubertés que de caractères.

Ceci prouve que l'hormone sexuelle, toujours excitante, active des caractères somatiques au fur et à mesure que l'organisme les crée et qu'elle ne contribue nullement à cette création.

Ces caractères sexuels secondaires se développent dans leur ordre de dysharmonie, les plus dysharmoniques se produisent les plus tardivement et ce sont ceux qui régressent le plus tardivement en cas d'inanition.

CINQUIÈME PARTIE : RENSEIGNEMENTS QU'ON PEUT TIRER DE LA COMPARAISON AVEC UNE HORMONE BIEN CONNUE, L'HORMONE THYROÏDIENNE.

1° L'hormone thyroïdienne accélère la métamorphose ;

2° Elle active la multiplication cellulaire dans certaines zones et là seulement ;

3° Elle agit à partir d'un certain taux : loi du tout ou rien ;

4° Elle n'agit pas si les zones sensibles n'ont pas déjà fait leur apparition et ne saurait les faire apparaître.

SIXIÈME PARTIE : L'HORMONE SEXUELLE.

La castration arrête le développement ou fait régresser certains organes. Mais :

1° il faut faire une critique serrée de ces faits avant de les admettre ;

2° il faut savoir qu'il y a des phénomènes sexuels réversibles et d'autres qui sont devenus irréversibles.

La castration influe sur le psychisme, amène la régression des voies génitales si elle est faite avant la puberté, détermine de l'engraissement en supprimant le métabolisme des nucléines testiculaires.

Elle obéit à la loi du tout ou rien : PÉZARD a démontré qu'il faut une certaine quantité de tissu testiculaire pour maintenir la crête des oiseaux. L'hormone n'a donc pas d'action quantitative.

L'auteur passe en revue les effets de la castration chez les vertébrés inférieurs.

Toujours l'hormone agit qualitativement : elle excite un phénomène de croissance, l'amplifiant, semblant le déterminer s'il est initialement peu sensible mais n'influant en réalité sur la quantité qu'en fonction de la teneur en aliments du milieu nutritif.

Parfois, mais rarement, le testicule a un effet inhibiteur.

L'ovaire a souvent un effet inhibiteur : des caractères propres aux mâles apparaissent chez les vieilles femelles, certains apparaissent temporairement depuis le moment où la femelle s'est vidée de ses œufs jusqu'au moment où les ovocytes commencent à grossir.

L'ovaire excite la glande mammaire.

La substance ovarienne excitante n'est pas la même que la substance inhibitrice.

SEPTIÈME PARTIE : L'ORIGINE DE L'HORMONE SEXUELLE.

L'idée qui jadis sembla logique à BROWN-SÉQUARD lorsqu'il eut l'intuition de la sécrétion interne du testicule fut qu'elle était due à la résorption de produits contenus dans la matière séminale mûre.

Sous l'influence d'Ancel et Bouin, beaucoup en vinrent à considérer que la partie sécrétante du testicule était représentée par les cellules conjonctives situées entre les tubes glandulaires ou les cellules interstitielles. Motifs :

1° ces cellules ressemblent à celles du corps jaune à qui PRENANT avait supposé un rôle endocrine ;

2° elles sont présentes en grande quantité chez des cryptorchides qui ont des voies génitales normales et qui n'ont plus de cellules spermatiques.

© BIU Santé

Cette théorie semble inadmissible à M. Champy 1° parce que la glande interstitielle n'existe pas chez les invertébrés et que chez eux on observe les mêmes phénomènes d'influence de la glande génitale.

et aussi 2° parce qu'elle subit de grandes variations de masse dans les espèces où elle existe : la moitié du testicule chez les marsupiaux, le tiers chez le porc, le cinquième chez la grenouille verte, le centième chez la grenouille rousse, presque rien chez le saumon et rien du tout chez le vairon qui a pourtant des caractères dépendant de l'hormone sexuelle ;

3° de même que, suivant les espèces, il y a pour la glande interstitielle des variations de masse, de même il y a de grandes variations de structure cellulaire : cellules grandes chez le porc, petites chez l'oiseau, riches en graisses chez le porc, riches en pigments chez le cheval, riches en lipoïdes dans d'autres espèces, avec des enclaves cristalloïdes chez l'homme. Cette variété contraste avec l'homogénéité d'aspect que présente une authentique glande endocrine, telle la thyroïde, dans les espèces les plus diverses ;

4° enfin la situation périvasculaire ne signifie pas grand'chose car α) elle est obligée de par le fait que les vaisseaux circulent dans les interstices des tubes séminifères ; β) elle n'existe pas dans certaines glandes endocrines, telle la thyroïde, γ) elle se voit dans des tissus qui ne sont nullement des glandes endocrines, et si on admettait la valeur de cet argument, il n'y aurait pas d'organe qui ne serait une glande endocrine.

D'après M. Champy, **le tissu interstitiel représente un organe de réserve qui se charge de substances destinées à fournir des matériaux à la spermatogenèse et qui, au cas d'une régression de la spermatogenèse se charge des matériaux provenant de sa résorption** et de ceci il donne plusieurs preuves.

1° Le tissu interstitiel de *Rana esculenta* est riche en léci thines avant la spermatogenèse, s'en appauvrit quand elle commence et n'a bientôt plus que des graisses neutres ;

2° cette disposition se souligne dans les espèces où les glandes fonctionnent lobe par lobe ;

3° le rôle de magasin peut être tenu par des cellules autres, telles que cellules des canaux afférents, cellules de Sertoli ;

4° l'expérience d'Angel et Bouin montrant l'hyperplasie du tissu interstitiel en cas de ligature des déférents parle dans le même sens ;

5° il existe des cellules interstitielles dans tous les organes épithéliaux qui varient annuellement, telle la mammelle ;

6° les caractères sexuels à évolution annuelle ne coïncident pas avec l'abondance du tissu interstitiel (grenouilles, reptiles).

Par ailleurs, si les testicules sans spermatogenèse maintiennent les caractères sexuels chez les mammifères, c'est qu'ils contiennent à défaut de spermatozoïdes des cellules de la lignée séminale.

Pour terminer, laissez-moi reproduire quelques phrases parmi celles qui terminent ce livre « L'idée de localiser l'hormone dans une catégorie de cellules ne s'impose pas d'ailleurs à première vue. L'hormone... est quelque chose de totalement inconnu matériellement. Rien n'indique qu'elle doive marquer d'un cachet spécial une sorte de cellule qui l'élaborerait. L'élaboration d'une hormone semble une propriété très générale des glandes génitales : il semble qu'elle se rattache à leur métabolisme... Rien ne prouve que la spécificité chimique se superpose toujours à une spécificité cytologique. » (1)

Henri Vignes.

(1) J'ai formulé en 1914 une idée analogue, c'est à savoir qu' « il ne faut pas attribuer toutes les propriétés de l'ovaire à un seul d'entre eux, mais bien à tous les tissus satellites de l'ovule. » Ovaires et testicules ne sont que les porteurs des cellules sexuelles et plus que jamais je crois que le retentissement de ces organes sur l'organisme, est lié au métabolisme de ces cellules.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1924.

Traitement de la diarrhée infantile. — ***M. D. Doumer*** (de Lille) a montré déjà que par l'amidon paratfiné on pouvait guérir, presque à coup sûr, la diarrhée estivale, cause si grave de la mortalité infantile. Il montre aujourd'hui que l'on a dans la faradisation abdominale, un moyen aussi bon contre cette terrible maladie. Il fournit plusieurs observations à l'appui.

Radiographie et cinématographie du cœur de l'homme. — ***MM Lamon*** et ***Commandon*** ont obtenu une représentation radiographique et cinématographique des mouvements du cœur. C'est la première fois que ce résultat, d'une haute difficulté technique, a été obtenu.

Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans la portion extracrânienne. — ***M. Rouvillois*** (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un blessé âgé de vingt-deux ans, qu'il a opéré pendant la guerre pour un anévrisme artério-veineux, de la carotide interne dans sa portion extracrânienne. Il a pratiqué une quintuple ligature avec extirpation complète de l'anévrisme qui comprenait, outre la communication artério-veineuse, un sac artériel qui adhérait à la paroi du pharynx. La guérison a été si complète que la pension temporaire qui avait été allouée à ce blessé, après la guerre, a été supprimée.

L'intérêt de cette observation réside, non seulement dans la rareté de la lésion, et dans le résultat éloigné de l'intervention, mais encore dans le mécanisme de la formation de l'anévrisme. Contrairement à ce qui s'observe le plus souvent dans les anévrismes artério-veineux, où les vaisseaux sont directement atteints par l'agent vulnérant, le blessé de M. Rouvillois ne présentait aucune plaie, même minime, du cou, de la bouche ou du pharynx. Il avait été violemment projeté à terre par l'éclatement d'un obus de gros calibre ; c'est à la suite de ce traumatisme violent que les signes anévrismaux avaient fait leur apparition. Il est donc logique de penser que la communication artério-veineuse a été produite par le mécanisme exceptionnel d'une contusion violente du paquet vasculaire.

Recherches sur la propriété contractile des fibres lisses de l'utérus. — ***M. Bar*** analyse un travail de M. ***Keiffer*** sur ce sujet.

Un nouveau type de gastrocope. — ***M. Bensaude.*** — La gastroscopie a été relativement peu étudiée en France. Moure a été seul à pratiquer des recherches systématiques. On ne saurait cependant oublier que lorsque Kussmaul, en 1868, introduisit, pour la première fois, un tube rigide dans l'estomac, il s'est servi de l'endoscope de Désormeaux, qu'il avait fait acheter à Paris.

Depuis, un très grand nombre d'appareils ont été inventés. Les plus répandus sont ceux de Elsner, Schindler, Sternberg.

Dans les deux premiers appareils, ont fait passer le gastroscope à travers une gaine introduite préalablement et, pour faciliter l'introduction, on se sert d'un bout de caoutchouc adapté soit à la gaine, soit un à mandrin. La gaine a l'inconvénient d'augmenter le diamètre du gastroscope et, d'autre part, le bout de caoutchouc peut se couder ou se casser.

L'instrument de Sternberg n'a ni gaine ni bout en caoutchouc il est coudé comme un cystoscope et on l'introduit simplement par le palper. Mais, l'introduction à l'aveugle d'un instrument rigide et coudé dans l'estomac n'est pas exempte de danger.

Le gastrocope présenté par M. Bensaude remédie aux inconvénients signalés ci-dessus. Il se compose de trois parties :

1° Un tube contenant l'appareil optique.

2° Une tête qui porte la lampe et dans laquelle est déposé un canal de guidage.

3° Un fil d'acier terminé par une boule métallique.

On introduit d'abord le fil métallique qui sert de fil de gui-

© BIU Santé

dage et, ensuite, on fait glisser sur ce fil le gastrocope proprement dit en faisant passer le fil à travers le canal aménagé dans la tête.

Dans un autre dispositif, la lampe est introduite séparément avec le fil conducteur ; dans ce cas, le tube du gastroscope est dépourvu de lampe.

L'examen se fait dans la position genu cubitale ou dans la position à califourchon de Mouret. La position genu-cubitale — que l'auteur emploie depuis plusieurs années pour l'œsophagoscopie — a l'avantage de faciliter l'écoulement des liquides, de rapprocher l'estomac de l'œil de l'observateur et de dégager le cardia.

Des coupes en série, faites sur le cadavre, montrent que dans cette position, le foie bascule et vient se glisser contre la paroi abdominale qu'il sépare de l'estomac et des anses intestinales.

La communication est illustrée par une série de projections qui montrent avec une grande netteté des images de l'estomac normal et pathologique vues à la gastroscopie.

La facilité avec laquelle on introduit dans l'estomac les instruments actuels, ainsi que la netteté des images qu'on voit sur le vivant ne permettent pas de douter de l'avenir de l'endoscopie gastrique. C'est une méthode qui, malgré les difficultés qu'on éprouve à s'orienter dans l'estomac, est appelée, à rendre de grands services dans le diagnostic précoce du cancer, celui de l'ulcère, de tumeurs rares et même de certaines gastrites.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Vallin, décédé.

Au premier tour, M. Renault obtient 51 suffrages ; M. Lesage 17 ; M. Brouardel, 4 et M. Courtois-Suffit, 2

En conséquence, M. Jules Renault est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1924

Ictus laryngé essentiel guéri par l'alcoolisation des nerfs laryngés supérieurs. — ***MM. E. Halphen et Aubin*** présentent un homme de 49 ans, non tabétique, non syphilitique, qui a depuis 12 ans des crises d'ictus laryngé essentiel ; chatouillement laryngé, toux quinteuse, chute et perte de connaissance durant quelques minutes à raison de plusieurs crises par semaine. Toutes les thérapeutiques ayant échoué, Halphen et Aubin anesthésient les deux nerfs laryngés supérieurs par une piqûre d'alcool dans la région intercricothyroïdienne. Immédiatement les crises cessèrent et les quintes de toux finirent elles-mêmes par disparaître. La guérison se maintient depuis deux mois. L'alcoolisation du nerf laryngé supérieur, peu douloureuse, n'entraîne aucun inconvénient.

Le pneumothorax artificiel chez les tuberculeux atteints de cardiopathies. — ***MM. Léon Bernard, Maurice Salomon et Thomas*** présentent trois malades atteints de tuberculose unilatérale, chez lesquels, malgré la présence d'une cardiopathie, ils ont pratiqué avec succès et sans aucun incident le pneumothorax artificiel. Leur premier cas est celui d'une jeune fille atteinte d'une maladie mitrale d'origine rhumatismale, et de ramollissement spélonculaire étendu du poumon droit. Quelques semaines après le début des insufflations, elle fit une nouvelle crise de rhumatisme articulaire, qui se compliqua d'une poussée d'endocardite aiguë. Or celle-ci ne diminua en aucune façon la tolérance pour la collapso-thérapie, qui fut continuée régulièrement sans qu'on eut à s'occuper de la cardiopathie. Les deux autres malades sont atteints de rétrécissements de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire, et de tuberculose pulmonaire avec localisation lobaire (lobite supérieure droite). Tous deux ont très notablement bénéficié de la collapso-thérapie, sans qu'il se soit produit le moindre signe d'intolérance du fait de la malformation cardiaque. La présence d'une cardiopathie, pourvu qu'elle soit bien compensée, ne doit donc pas être considérée comme une contre-indication pour pratiquer le pneumothorax artificiel.

M. Rist confirme l'opinion de M. Bernard ; les cardiopathies sans signes d'insuffisance cardiaque ne contre-indiquent en rien le pneumothorax artificiel.

Syndrome de grande asystolie (œdème périphérique et congestions viscérales) avec intégrité du ventricule droit au cours d'affections du cœur gauche avec insuffisance ventriculaire gauche. Présentation de pièces. — ***MM. Ch. Laubry, Daniel Routier et Pierre Oury*** présentent trois cœurs provenant de malades morts en période de grande asystolie, atteints respectivement d'aortite spécifique, d'endocardite mitrale et aortique ancienne d'origine rhumatismale et de myocardie primitive. Ces cœurs, qui illustrent de nombreuses observations analogues, sont remarquables par ce fait que seul le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté, tandis que le ventricule droit est petit, refoulé et diminué par l'importance du ventricule gauche. Les auteurs, considérant cette non-participation du ventricule droit à la déformation cardiaque, malgré les phénomènes de grande asystolie, rejettent la théorie classique qui fait intervenir un stade de dilatation du cœur droit pour expliquer la stase veineuse, les œdèmes et les congestions viscérales. Des observations antérieurement publiées par eux d'insuffisance ventriculaire droite pure ont montré que la dilatation du ventricule droit seule n'amène que des œdèmes insignifiants et tardifs. L'insuffisance ventriculaire gauche au contraire est seule responsable des phénomènes périphériques et viscéraux de la grande asystolie, parce que le ventricule gauche défaillant est une cause de ralentissement circulatoire et que son augmentation de volume et sa dilatation gênent le ventricule droit dans sa contraction et diminuent sa capacité de remplissage. Le ventricule droit, de capacité réduite, ne peut donc dégorger la pléthore sanguine en amont, d'où dilatation du système veineux, œdèmes, augmentation de volume du foie et dilatation de l'oreillette droite.

Grande asystolie chez une mitrale sans dilatation du ventricule droit. — ***MM. Lemierre et Bernard*** rapportent l'observation d'une femme atteinte d'insuffisance mitrale et qui succomba avec des symptômes de grande asystolie après une série prolongée de crises d'insuffisance cardiaque. L'autopsie montra une énorme dilatation des cavités gauches du cœur tandis que les cavités droites étaient toutes petites, et donnaient l'impression d'être comprimées par le développement excessif du cœur gauche. Cette observation vient à l'appui de l'opinion émise récemment par Laubry, Routier et Walder.

M. Leconte montre que dans ces cas la radioscopie, au lieu d'aider au diagnostic, peut conduire à une erreur d'interprétation, puisque la dilatation apparente des cavités droites ne tient qu'à un refoulement par le cœur gauche et à l'énorme dilatation de l'oreillette droite.

M. Bénard pense que, sous l'écran, la dilatation des cavités droites objective surtout la dilatation auriculaire.

Eczéma auriculaire rebelle chez une hypothyroïdienne. Guérison rapide et complète par l'opothérapie. — ***M. René Bénard*** rapporte l'observation d'une malade présentant un eczéma durant depuis plus de deux ans et rebelle à tout traitement. Un traitement thyroïdien a dans un temps très court fait complètement disparaître les lésions, la guérison se maintient complète depuis deux ans et demi. D'autre part la disparition de la lésion cutanée ne s'est accompagnée d'aucun trouble métastatique.

Endocardite maligne greffée d'une manière insidieuse au cours d'une grossesse sur une endocardite rhumatismale ancienne. — ***MM. Caussade et Le Rasle*** rapportent une observation dans laquelle, au cours d'une grossesse, une endocardite maligne s'est greffée sur une endocardite ancienne rhumatismale, d'une manière si insidieuse qu'il a été impossible de préciser le véritable début de la greffe. Les signes de l'endocardite maligne (hémorragies avec pétéchies, épistaxis, métrorrhagie sans avortement) un état adynamique assez prononcé, des embolies spléniques et rénales ont apparu successivement dans l'espace de 15 jours environ et se sont progressivement intriqués avec les phénomènes d'asystolie dus à l'endocardite rhumatismale préexistante. D'autre part, la fièvre ne s'est montrée que six jours avant la mort et ne s'est jamais élevée au-dessus de 38.8 ;

© BIU Santé

la mort est survenue du fait seul de l'infection, sans que l'endocardite maligne n'ait en rien influencé la marche de l'asystolie.

A l'autopsie, le bassinet du rein gauche a été trouvé rempli de pus dont les germes ont été très certainement les causes de l'endocardite maligne.

L'autopsie a montré des lésions ulcéreuses et végétantes, les premières siégeant sur les valvules sigmoïdes de l'aorte antérieurement atteintes par le rhumatisme articulaire aigu ; les deuxièmes, très exubérantes, siégeant sur l'orifice mitral, qui semblait indemne auparavant, et ayant donné lieu, pendant les dix derniers jours seulement, au syndrome de maladie mitrale avec prédominance du rétrécissement. En raison de l'intensité et de l'étendue de ces lésions, les auteurs pensent, en invoquant d'autre part les cas récemment publiés, qu'il est difficile, en s'en tenant seulement à l'examen nécropsique de l'endocardite, de retrouver les traces d'une endocardite ancienne sur laquelle s'est faite la greffe, et, que pour saisir la succession réelle des événements, la clinique (anamnèse, crises plus ou moins légères d'hyposystolie avec foie plus ou moins gros et douloureux, hypertrophie du ventricule gauche — que n'explique pas, comme dans leur cas — une endocardite récente) peut parfois, malgré l'insidiosité du début de l'endocardite maligne, comme dans leur observation, permettre de diagnostiquer l'apparition de cette dernière.

Ainsi sans doute, se restreindra le nombre des endocardites malignes dites primitives.

A propos de la thrombo-angéite oblitérante. — ***MM. Etienne Chabrol et Lapeyre*** présentent un malade dont la main droite, œdematiée et douloureuse, est le siège de différents troubles trophiques : gangrène sèche de l'index, panaris du pouce et du médius, tous symptômes en rapport avec une oblitération de l'artère axillaire comme en témoigne le sphygmonanomètre de Pachon comme dans le syndrome de Weber et Buerger, il s'agit d'un israélite qui a vu survenir ces accidents à l'âge de 48 ans ; aucun antécédent spécifique, Wasserman négatif, pas de diabète, pas de tabagisme. A relater comme cause occasionnelle l'usage prolongé d'une béquille pendant quatre ans. Ce malade présente parallèlement des troubles vasculaires du membre inférieur gauche dont les artères ne donnent que des faibles oscillations au Pachon.

Fistule broncho-pulmonaire traitée par l'oléo-thorax. — ***M. Lévi-Valensi*** présente le malade traité et en bonne voie de guérison.

L'anémie des néphrites azotémiques. — ***MM. Aubertin et Yacoël*** montrent qu'on trouve toujours un certain degré d'anémie au cours de l'évolution des néphrites azotémiques. Par contre, dans quatre cas de néphrite non azotémique, ils n'ont pas retrouvé l'anémie.

M. Labbé considère qu'il n'y a pas de rapport entre l'anémie et le degré d'azotémie. Il rappelle deux cas de néphrite sans azotémie cliniquement reconnue avec anémie pernicieuse.

M. P.-E. Weil insiste sur la notion du terrain dans les anémies, notamment les anémies pernicieuses.

Sur une nouvelle cause d'erreur dans la détermination des groupes sanguins due au vieillissement des sérums-étalons. — ***MM. P.-Emile Weill et Lamy*** rappellent que les accidents de la transfusion sont dus uniquement à des incompatibilités sanguines, qu'on peut connaître préalablement par la détermination rigoureuse des groupes sanguins des donneurs et des receveurs.

Ils signalent une cause d'erreur inconnue jusqu'ici, due à l'emploi pour cette recherche de sérums-étalons vieillis et ayant perdu ou acquis *in vitro* des propriétés agglutinantes vis-à-vis des hématies. L'emploi de ces sérums conduit à des erreurs de classification et peut entraîner des accidents. On ne doit donc utiliser pour les tests biologiques que des sérums récemment prélevés ou contrôlés par un observateur compétent.

René Giroux.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 juin 1924

Heitz, à propos de l'insomnie de Ronsard, cite deux pièces du poète, dont les fameuses stances connues sous le nom des « derniers vers de Pierre de Ronsard ».

J'ay varié ma vie en dévidant la trame
Que Clotho me filait entre malade et sain,
Maintenant la santé se logeoit en mon sein,
Tantost la maladie extrême fléau de l'âme.
La goutte ja vieillard me bourrela les veines,
Les muscles et les nerfs, exécrable douleur,
Montrant en cent façons par cent diverses peines
Que l'homme n'est sinon le sujet de malheur.
L'un meurt en son printemps, l'autre attend la vieillesse,
Le trespas est tout un, les accidents divers ;
La vray trésor de l'homme est la verte jeunesse,
Le reste de nos ans ne sont que des hivers.
Pour long temps conserver telle richesse entière
Ne force ta nature, ains ensuy la raison,
Fuy l'amour et le vin, des vices la matière,
Grand loyer t'en demeure en la vieille saison.
La jeunesse des Dieux aux hommes n'est donnée
Pour gouspiller sa fleur : ainsi qu'on void fanir
La rose par le chauld, ainsi mal gouvernée
La jeunesse s'enfuit sans jamais revenir.

Une dureté d'oreille survenue à l'âge de 20 ans, des accès de fièvre, une crise de goutte et la fameuse insomnie constituent des éléments insuffisants pour l'établissement d'un diagnostic précis de l'affection qui le tourmenta pendant toute sa vie. Peut-être s'agit-il d'artériosclérose ou d'urémie à évolution lente. En tous cas la description de l'insomnie reste d'une précision émouvante.

La communication de ***Jeanselme*** à propos de l'épilepsie sur le trône de Byzance occupe presque toute la séance. L'A se propose d'établir l'existence des crises convulsives, des troubles mentaux et des tares héréditaires d'un certain nombre de Basileus déjà étudiées du point de vue medical, au cours des séances précédentes. C'est Zénon, personnage d'une laideur physique et morale repoussante, couvert de poils, rancunier et coléreux, lâche, efféminé et débauché, intempérant, ivrogne et cruel.

Ses frères sont aussi tarés mais non epileptiques. Il perd connaissance, est considéré comme mort et mis au tombeau sous une grosse pierre qui achève de l'étouffer. Isaac Comnène, après une courte phase hallucinatoire au cours d'une campagne fatigante, perd connaissance après une aura lumineuse.

Aucune cause déterminante ou héréditaire n'apparaît dans son histoire. Michel IV, père de Jean l'Eunuque et successeur de Romain III Argyre souffre de crises fréquentes, qui débutent pas la « torsion des yeux et le branle de la tête » avant la perte de connaissance. En outre il présente de l'hydropisie.

Les deux maladies s'aggravent avec l'âge, peut-être sous l'influence des poisons de l'impératrice Zoé. Psellos, son secrétaire, signale un vif penchant, chez cet empereur, pour le mysticisme ascétique, mais les autres historiens mentionnent en plus une grande faiblesse de caractère et le considèrent comme un instrument entre les mains de Jean l'Eunuque. Son neveu Michel V est un des empereurs les plus cruels : Les historiens mentionnent un vertige pendant un office à Sainte-Sophie. Jean III Batatzités, empereur de Nicée au XIIIe siècle, souffrit d'une première attaque d'épilepsie à l'âge de 48 ans, depuis les crises sont de plus en plus fréquentes jusqu'à sa mort. Théodore II Lascaris est atteint de la même maladie : il a des impulsions fréquentes qui accompagnent un véritable délire de persécution, car il se croit entouré de magiciens et voit partout des preuves des malifices, ***Ménétrier*** pense qu'aujourd'hui les médecin rechercherait chez des malades de ce genre les symptômes humoraux de la syphilis ; mais comme l'établit ***Jeanselme***, la seule clinique, d'après les données de l'histoire, ne nous apporte à ce sujet que des documents très incertains. La communication de ***Jeanselme***, comme ses travaux antérieurs sur la même question; nous a permis de comprendre mieux la psychologie de ces figures inquiétantes des mosaïques byzantines, aux grands yeux mystiques et aux traits trop affinés.

Jean Vinchon.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Pian, affection parasyphilitique ou Syphilis Primitive.

Par le Dr Louis BORY

Si l'on raisonne par analogie avec les notions cliniques et bactériologiques concernant les affections paratyphoïdes ou les affections paraméningococciques, on peut vraiment appliquer au pian cette épithète *parasyphilitique*, appliquée seulement jusqu'à ce jour à des manifestations éloignées, mais certaines, de la syphilis. Le tabès et la paralysie générale sont de la syphilis ; si le terme de parasyphilis devait survivre, c'est au Pian semble-t-il qu'il devrait s'appliquer :

En effet, de même que les paratyphoïdes sont, par les germes en cause et par les manifestations cliniques, si proches parentes de la typhoïde que la simple observation clinique et l'aspect des cultures, le séro-diagnostic banal même, ne suffiraient pas à les différencier, de même la *parasyphilis pianique*, sans être identique à la syphilis, est cependant suffisamment rapprochée d'elle pour mériter le nom qui rappelle cette parenté. Elle est en effet caractérisée par des symptômes cutanés bien analogues ; le parasite qui les détermine est un tréponème impossible à différencier du tréponème de Schaudinn ; les réactions humorales manifestées dans les deux affections sont identiques ; tous les médicaments spécifiques de la syphilis amènent également la guérison de la parasyphilis pianique, mais l'arsénobenzol est le médicament héroïque pour toutes deux.



Cliniquement. — Les deux figures reproduites ci contre résument à la fois les analogies et les différences.

L'une représente les lésions pianiques, framboesiformes, caractéristiques ; l'autre montre des plaques muqueuses cutanées pianiques, que rien ne permet de prime bord de disting uer des plaques hypertrophiques cutanéo-muqueuses de la syphilis.

Affection très répandue dans les pays tropicaux, le pian existe surtout, sous des noms différents, en Afrique équatoriale, en Asie (particulièrement en Indochine), en Amérique du sud (Vénézuela, Colombie, Brésil). Dans ces régions elle peut atteindre toutes les races. Inoculable et très contagieuse, elle n'est cependant pas habituellement contractée par les rapports vénériens : les muqueuses ne sont pas touchées en effet par l'infection ou ne paraissent l'être qu'exceptionnellement. C'est dans l'enfance souvent qu'on la contracte, à la faveur d'une excoriation ou d'une piqûre d'insecte servant de porte d'entrée au virus. L'incubation a une durée mal définie (quinze jours à six mois) ; dans le cas que j'ai publié (1) et auquel appartiennent les photographies ci-contre, le malade était un Soudanais adulte, en France depuis six mois au moment du début de l'accident primitif, ou du moins de ce qu'il est convenu, peut-être à tort, d'appeler ainsi).

Quelques phénomènes généraux semblent précéder l'apparition de ce dernier.

Fièvre, céphalée, douleurs rhumatoïdes, surtout dans les os longs, troubles digestifs.

Dès cette période, des lésions cutanées légères paraissent exister sur l'ensemble des téguments, mais ne sont pas encore caractéristiques : aspect rugueux de la peau, fines macules à peine visibles, desquamation, prurit. Nous croyons qu'on a trop considéré, sans doute, ces lésions comme faisant partie d'une période pré-éruptive, précédant l'éruption framboesiforme caractéristique et comme disparaissant avant que celle-ci se manifeste. Dans le cas remarquable qu'il m'a été donné d'observer, elles existaient trois mois encore après le début de l'éruption pianique. Toute la surface du corps était recouverte de nombreuses taches irrégulières, quelques-unes à peine saillantes, et se détachant sur le fond noir de coloration normale de la peau par un aspect rugueux, très légèrement grisâtre, dû à une très fine desquamation furfuracée. Il s'agit donc là non pas d'un prodrome de la maladie, mais d'un véritable symptôme, sans doute insuffisamment remarqué jusqu'à ce jour (*Pityriasis pianique*).

L'élément éruptif caractéristique apparaît le plus souvent, sous forme d'une lésion isolée, à la figure ou aux jambes.

Dans le cas figuré ci-contre, cet accident primitif, lésion-mère du pian, avait débuté trois mois auparavant, sous forme d'un petit bouton analogue à un petit furoncle, siégeant sur le menton. Légèrement acuminé, centré par un point jaune formé d'une substance caséeuse, cet élément papulo-pustuleux grossit, s'ouvre comme un petit cratère, tandis que des éléments semblables apparus sur sa périphérie évoluent parallèlement et, par réunion, forment bientôt un véritable placard, à surface mamelonnée recouverte d'une croûte épaisse, grisâtre, adhérente.

Lorsqu'au début, on détache la croûte encore peu épaisse, on trouve au dessous un bourgeon papillomateux, saignant, ressemblant à une mûre ou à une framboise, ce qui justifie, tout autant que l'aspect général des lésions, l'appellation de *Framboesia* donnée à la maladie.

Si les premiers éléments apparus ont cet aspect bourgeonnant, en chou-fleur, par développement périphérique d'éléments secondaires, ceux qui surviennent ultérieurement, à distance de l'accident primitif, prennent des caractères qui les rapprochent davantage des lésions se-

(1) L. Bory. — Un cas de Pian. *Bulletin de la Soc. Française de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 9, 1921, p. 459-462.

© BIU Santé

condo-tertiaires de la syphilis, en particulier des syphilides psoriasiformes ; elles peuvent s'étendre à une région ou même se généraliser. Leur forme est régulièrement circinée ; le centre, en apparence un peu déprimé, recouvert d'une croûte grisâtre, est entouré par un rebord saillant, épais, à croûtes épaisses, végétantes, framboesiformes, brunâtre (chez les noirs tout au moins). Nous avons décrit, sur le versant externe de cette bordure, un liseré fin, *liseré pianique* légèrement grisâtre, entourant la base de l'élément et formé apparemment d'une desquamation furfuracée très fine, identique à celle que nous avons signalée ci-dessus sur l'ensemble des téguments. Ce liseré forme comme une sertissure à l'élément circiné psoriasiforme, qui semble enchâssé dans une petite dépression.

En dehors de ces deux variétés de lésions, *éléments framboesiformes*, *éléments psoriasiformes*, on peut trouver des *éléments folliculaires* isolés : les uns ont l'aspect des folliculites acuminées, dont la partie saillante a les dimensions d'une fine tête d'épingle ; une ébauche de liseré les entoure ; d'autres plus volumineux, des dimensions d'un pois, ont un aspect moins pur et simulent de loin soit un élément d'impetigo, soit une papule syphilitique du type syphilide acnéiforme. Ces éléments sont entourés pour la plupart du liseré signalé ci-dessus.



Il est enfin une dernière forme d'éruption pianique, c'est celle que prennent les éléments ci-dessus quand ils siègent dans une région où la peau a quelque tendance naturelle à la macération, dans la région ano-génitale par exemple, où, comme le montre la deuxième photographie, ils revêtent l'aspect de syphilides papuleuses hypertrophiques, à surface suintante, érosive parfois (plaques muqueuses cutanées).

Cependant, contrairement à ce qu'on observe dans la syphilis, les muqueuses véritables ne sont jamais atteintes dans le pian. C'était du moins jusqu'à ce jour l'opinion classique ; mais il semble que ce caractère important, invoqué en faveur de la dualité du pian et de la syphilis, ne soit plus désormais une objection possible à la théorie uniciste (1).

On ne connaît pas de lésions viscérales pianiques ; néanmoins quelques auteurs attribuent au pian des lésions lointaines, osseuses, cutanées ou nerveuses, qui ne paraissent pas relever de façon bien certaine de la maladie et qui sont en tous cas tout à fait exceptionnelles. Le pian n'est cependant pas une affection simplement cutanée ; c'est une affection générale, comme le démontrent :

1° L'existence fréquente d'adénopathies ; notre malade avait toutes ses zones ganglionnaires hypertrophiées ; mais la région sus-mentonnière surtout se trouvait bourrelée de gros ganglions confluents, durs, arrondis, mobiles, un peu sensibles ;

2° L'existence de phénomènes généraux : fièvre du début, troubles digestifs, douleurs rhumatoïdes, arthropathies, albuminurie même (notre malade avait une petite quantité d'albumine coïncidant avec des douleurs lombaires assez vives).

3° L'existence de l'agent causal, *Treponema perienue* de Castellani, dans le sang des malades, qui a permis d'obtenir chez le singe des inoculations positives.

4° Le caractère positif absolu de la réaction de Bordet-Wassermann chez les pianiques.

En présence de ces faits, auxquels s'ajoutent l'existence dans les lésions pianiques d'un parasite spiralé, impossible à différencier morphologiquement du tréponème de la syphilis et l'efficacité remarquable, pour la cure de ces lésions, du mercure, de l'iodure, du bismuth et surtout des arsénobenzènes, on conçoit que puisse être discutée, plus encore aujourd'hui qu'autrefois, l'identité possible des deux maladies.

L'EXPÉRIMENTATION, jusqu'à nouvel ordre, plaide en faveur de la dualité, s'il est exact que le pian n'immunise pas contre la syphilis et que les deux affections peuvent évoluer parallèlement ; mais l'expérience classique de Charlouis, qui aurait inoculé la syphilis avec succès à un pianique, est ancienne et heureusement isolée ; d'autre part, sur le singe les résultats expérimentaux ne sont peut-être pas assez concordants : Comme la syphilis le pian est inoculable au singe, avec une incubation variant de 16 à 90 jours ; mais tandis que pour certains l'animal ayant reçu du virus pianique est sensible au virus syphilitique et réciproquement, pour Levaditi les singes immunisés contre le pian peuvent contracter la syphilis, mais ceux qui sont immunisés contre la syphilis sont partiellement immunisés contre le pian : l'organisme ne deviendrait réceptif, pour le deuxième virus que lorsque les tréponèmes du premier ont complètement disparu.

En réalité, il n'y a là rien qui s'oppose à l'identité des deux maladies et des deux germes, sous réserve qu'il s'agisse de races un peu différentes, comme celles des virus dermotrope et neurotrope de la syphilis. Dans ce cas, rien ne s'opposerait encore à ce que nous conservions le nom de *syphilis vraie* à la forme classique, vulgaire et que

(1) On trouvera sur ce sujet d'intéressants détails dans une thèse toute récente du Dr NGUYEN VAN TUNG (*Le Pian dans l'Indochine française* ; Th. de Paris, 1924) que je regrette d'avoir connue seulement après la rédaction de cet article ; car, malgré la conclusion dualiste de l'auteur, elle contient nombre d'observations qui peuvent être ajoutées aux anciens arguments des unicistes et sont en tous cas en faveur de la thèse que nous soutenons ici du *virus dermotrope colonial*, souche primitive peut-être de la syphilis commune, dermotrope et neurotrope, de nos climats.

© BIU Santé

nous attribuions celui de *parasyphilis* aux affections causées par le virus neurotrope dans nos climats et par le virus pianique dermotrope dans les climats tropicaux.

Si l'on veut bien remarquer que le pian est une affection localisée aux régions tropicales et que les régions de l'Amérique de Sud, où le pian est d'une particulière fréquence, sont celles où abordèrent Colomb et ses compagnons, il n'est peut-être pas exagéré de considérer le pian comme la *syphilis primitive*. Localisée aux pays chauds et limitée aux races de couleur, sous une forme exclusivement dermotrope et papillomateuse, elle a pris rapidement sur les races aryennes, dès le début de l'ère coloniale, une forme progressivement modifiée, très dermotrope encore dans les premiers siècles, dermotrope et neurotrope encore dans les temps modernes, avec, peut-être, une tendance neurotrope actuelle plus accusée. Ainsi se sont constitués peu à peu (par le mélange des races, par l'effet des terrains et des climats) des virus mixtes, un peu différents de la souche commune à peu près exclusivement dermotrope, ce qui explique sa grande contagiosité cutanée, sa transmissibilité non vénérienne (intégrité des muqueuses), probablement aussi l'absence d'hérédité conceptionnelle.

Nombre de coloniaux étiquetés hépatiques, à cause de leur teint, sont, avant tout, des intestinaux intoxiqués,

Par le Dr **J.-J. MATIGNON**,

Médecin consultant à Châtel-Guyon,
Ex-chef du Laboratoire de Pathologie exotique à la Faculté de Bordeaux,
Ancien Chargé de Missions en Extrême-Orient.

Il est, souvent, difficile de remonter le courant de ce que Montaigne appelait les « loyes reçeües », les idées formulées par les maîtres, acceptées sans discussions et, peu à peu, concrétisées en axiomes.

Une de ces « loyes reçeües » règne, encore, au sujet de la pathologie des coloniaux, à savoir que tout sujet qui a séjourné, sous les tropiques, DOIT AVOIR le foie, plus ou moins malade. Hépatite et pays chauds semblent les deux termes d'une entité morbide. Le sentiment populaire est, assez, le reflet de cette conception médicale : que de fois, j'ai entendu dire, en présence d'un de ces coloniaux au teint jaune terreux : « En voilà, un, pour sûr, qui a le foie touché ! »

La grande guerre nous a pourtant montré que des hépatites graves ont pu naître dans les tranchées de l'Artois ou dans celles de la Wœwre.

Certes, aux Colonies, les causes ne manquent pas qui peuvent léser le foie : paludisme, dysenterie, infections intestinales diverses, chaleur humide qui diminue l'activité hépatique. Morsour n'a-t-il pas, jadis, montré que le taux de l'urée s'abaisse à mesure qu'on s'approche de l'Equateur et qu'il se relève, dès qu'on s'en éloigne ? Et à ces facteurs parasitaires, cosmiques ou telluriques, il faut en ajouter quelques autres, plus puissants peut-être, les fautes, trop nombreuses contre l'hygiène en général et contre l'hygiène alimentaire en particulier. Une des causes principales du « foie colonial » ne doit-elle pas, d'après Sir Patrick Manson, le créateur de cette entité pathologique, être cherchée dans la « surcharge d'aliments et d'alcool, l'inactivité physique, les toxi-infections digestives, car, sous cette température optima pour le développement des microorganismes, les viandes subissent une putréfaction extemporanée, non perceptible à l'ingestion et masquée par les condiments ».

Cette association hépatite et pays chauds est-elle bien exacte ? N'y a-t-il pas lieu de se demander si nombre de ces sujets étiquetés hépatiques, parce qu'ils ont ce teint bilioso-terreux, ne sont pas, avant tout, des intestinaux ? Trop souvent, je le crains, on fait un diagnostic d'impression, basé sur l'aspect, le teint du sujet. Il en peut découler une erreur pathogénique. La conséquence est d'importance au point de vue thérapeutique. Un traitement dirigé exclusivement contre une lésion hépatique supposée pourra rester sans résultats. Alors qu'au contraire, un traitement hydrominéral intestinal donnera des résultats excellents. Le foie, dont la fonction était simplement troublée, se rétablit de lui-même, dès que l'intestin revient à la normale.

Voici une observation tout à fait typique :

M. X., 36 ans. — Typhoïde, en Chine, en 1900. A la suite persiste un état intestinal sérieux, caractérisé par des selles fréquentes (4 à 6 par jour) pâteuses, presque diarrhéiques, horriblement fétides, impérieuses, au saut du lit, après le repas, au moindre coup de froid sur le ventre. Etat général peu brillant ; dépression et fatigue faciles. Teint jaune terreux ; subictère subunguéal (signe de l'ongle). Ventre sensible : barre colique ; branches coliques ascendante et descendante spasmées, dures et sensibles à la pression, surtout à droite. On pense, alors, à la vésicule biliaire ; on parle d'hypertrophie légère du foie (on se rendit compte plus tard que ces troubles étaient en relation avec de la colite). Deux saisons à Vichy, avec le diagnostic « hépatite légère et anémie ». Pas de résultats. L' «état hépatique » persistant, on essaye de Châtel-Guyon. Après une semaine de cure — 125 gr. d'eau en boisson par jour et un bain quotidien, avec douche sous marine — les selles tombent, de 5 en moyenne par 24 heures, à 2, sont moins fétides et plus moulées. Le teint commence à s'éclaircir. La sensibilité intestinale est très atténuée, à la fin de la cure. La première saison amène une amélioration — quasi guérison — qui persiste 9 mois. Une seconde saison a donné de très beaux résultats : disparition à peu près totale de la sensibilité intestinale, selles normales, état général excellent. Le sujet mange de tout et engraisse. La coloration de la peau est normale. Il persiste, simplement, une légère impressionnabilité intestinale : la fatigue, des écarts de régimes un peu trop violents, réveillent la sensibilité intestinale, ramènent les selles fétides et pâteuses, pour quelques jours ; aussitôt reparaît une teinte un peu subictérique de la face. L'ictère subunguéal est facile à observer. Mais les urines ne contiennent jamais traces de sels biliaires. Le taux de l'urobiline semble simplement augmenter un peu. Ces accidents s'atténuent, en quelques jours, par simple retour à un régime normal.

Et depuis près de vingt ans, je vois passer à Châtel-Guyon, un certain nombre de ces coloniaux, étiquetés hépatiques, à cause de leur teint. Des faits identiques s'observent, aussi, chez des sujets qui n'ont jamais quitté la métropole. J'ai été frappé de la fréquence de ces accidents, chez l'enfant. Chez ce dernier, l'analyse des symptômes est plus facile que chez l'adulte et les résultats rapides d'une thérapeutique intestinale hydrominérale permettent de bien saisir les relations existant entre le teint hépatique et l'état intestinal.

J'ai proposé, ailleurs, pour ces malades, le qualificatif d'*intestinaux hépatoïdes* (1) c'est-à-dire d'intestinaux à allure d'hépatiques. Ces hépatoïdes doivent être distingués des hépatiques lésionnels, à point de départ intestinal : hépatites dysentériques, hépatites appendiculaires et toute cette série d'hépatites et de cholécystites, plus ou moins graves, étudiées par Garban et Brulé et qui sont en relation avec de l'entérite. Ici, il s'agit de sujets à aspect hépatique, dont le foie peut être paresseux — *the torpid liver*, le foie anglo-indien si fréquent aux pays chauds — mais ne présente pas de lésions matérielles : seul l'intestin est souffrant.

(1) J.-J. MATIGNON. — Les intestinaux hépatoïdes. (*Strasbourg Médical*, janvier 1924.)

© BIU Santé

Symptomatologie. — Ces intestinaux hépatoïdes ont un teint qui varie de celui de la cire un peu foncée à celui du chocolat trop clair.

Ce teint bilieux, un peu terreux ou plombé, présente une particularité intéressante : *les conjonctives ne participent pas à la coloration jaune*, ou lorsqu'il y a coloration, il faut bien la rechercher pour la voir. Elles conservent, d'habitude, leur teinte normale. Or, on sait combien vite les conjonctives s'infiltrent dès que le sang ne renferme que des traces légères de sels biliaires. Chez certains ictériques, la coloration des conjonctives permet le diagnostic de jaunisse, avant même que la peau ait commencé à se teinter.

J'ai trouvé très fréquemment, chez ces hépatoïdes, ce que j'appelle le *signe de l'ongle*, c'est-àdire la teinte subictérique sous-unguéale :

Soulevez l'extrémité libre de l'ongle d'un doigt avec l'ongle du pouce. Vous provoquerez dans les 2/3 postérieurs, chez un sujet normal, un léger degré d'anémie, dont la teinte pâle tranche sur la couleur rose vif que conserve le 1/3 antérieur. Chez nos malades, la partie anémiée prend un ton jaune, qui se dissipe dès que le soulèvement unguéal cesse. Cette teinte subictérique sous-unguéale est sujette à des variations d'intensité qui semblent marcher de pair avec l'état intestinal. Chez plusieurs malades, j'ai noté que la teinte jaune s'accusait dès que les selles devenaient plus pâteuses et surtout plus fétides, que les putréfactions intestinales augmentaient.

Ainsi donc, chez ces malades, le facies peut, si nous jugeons trop sur la première impression, nous induire en erreur.

Mais il y a mieux. Les malades, sans le vouloir, peuvent, par leurs renseignements, engager le médecin sur une mauvaise voie. Ces malades sont des intestinaux, à ventre sensible, qui ne sont jamais très sérieusement observés, et dont les indications sont toujours un peu vagues. Beaucoup ont de la sensibilité dans le flanc droit et ils parlent tout naturellement de « quelque chose du côté du foie ». Ils peuvent même vous dire que cet organe a été trouvé gros : j'attire, en passant, l'attention sur la facilité avec laquelle on trouve, d'ordinaire, un fois gros. Quelques patients accusent des douleurs sous-scapulaires ; enfin, certains, qui ont une teinte médicale, parlent de « douleurs en bretelles », tous signes de présomption de quelque affection hépatique, bien que j'aie, depuis longtemps, montré que tous ces symptômes se rencontrent, très fréquemment, dans les affections du gros intestin, avec foie parfaitement indemne (1).

Bien souvent, quand on pratique un examen répété et minutieux des organes abdominaux de ces malades, on constate que leur prétendue « douleur du côté du foie » se passe en dehors de cet organe et a pour siège l'angle colique droit, la portion ascendante du côlon droit ou la partie droite ou transverse. Ces segments étant sous le foie, rien n'est plus facile que le les confondre avec la glande elle-même, si on ne porte pas un grand soin à l'examen. Les points scapulaires, la douleur en bretelle sont en relations, très fréquemment, avec la sensibilité colique, localisée de préférence au pourtour de l'angle hépatique. On peut même parfois, les provoquer par la pression de cette région ou assister à leur genèse, du fait de déplacements de gaz intestinaux. Enfin, l'intestin, dans sa portion droite, gros, sensible, logé sous le rebord du foie, peut, par une palpation un peu rapide, être confondu avec le rebord du foie lui-même. L'erreur est très facile quand on fait la palpation du foie avec les doigts en crochets, pour explorer la région sous-costale. La sensibilité colique, jointe à une certaine défense musculaire, peut, parfaitement, donner l'impression de quelque chose « de gros » dans l'hypochondre et amener à la conclusion d'augmentation de volume du foie.

Je ne dis pas que le foie ne soit jamais gros : je crois qu'il l'est moins souvent qu'on ne l'a écrit. Je ne pense pas, du reste, qu'on puisse, toujours, conclure du fait qu'on trouve par le « procédé du pouce de Glénard » — la méthode la plus précise d'exploration — une glande débordant, plus ou moins, le gril costal, à une hypertrophie pathologique. Les résultats obtenus en quelques jours de cure de Châte-Guyon, dans ces prétendues hypertrophies, tiendraient alors du miracle. Voici une glande qui déborde, de quelques centimètres, le rebord costal. Après une semaine de traitement hydrominéral, elle commence à régresser, puis reprend son volume normal. Un organe lésé guérirait-il aussi rapidement ? Je crois que, dans ce cas, l'augmentation de volume de l'organe était fonction de la lutte qu'il devait soutenir contre un excès de poisons intestinaux (1). L'eau de Châtel-Guyon a une action désinfectante très marquée sur le tube digestif, les expériences de Pessez et de Cohendy sont des plus probantes à cet égard. La désinfection de l'intestin a, comme corollaire, la diminution des toxines microbiennes et partant, un travail moindre du foie, qui, tout de suite, diminue de volume. Ce travail de régression hépatique est très facile à suivre, chez l'enfant, à mesure que s'atténue l'intoxication intestinale.

Enfin, ces coloniaux hépatoïdes présentent un autre signe des plus intéressants, pour faire écarter l'idée de lésion hépatique malgré le teint bilieux : *la réaction de Gmelin ne se produit pas dans l'urine.*

Ces intestinaux hépatoïdes sont ou des constipés ou des colitiques, avec selles molles, pâteuses, bouse de vache, putréfiées, plus rarement fermentées, toujours très fétides, Elles ne sont point décolorées. La réaction de Schmidt au sublimé (coloration rose-rouge par les sels biliaires) s'y produit bien, en général. Les phénènones subjectifs douloureux sont des plus variables : barre colique, points de côté, ballonnement et distension abdominale, selles multiples, avec faux besoins, et besoins impérieux, etc. L'examen révèle, le plus souvent, de la sensibilité sur un intestin, de consistance dure, surtout dans la région cæcoascendante, et dans celle de l'angle colique droit, sensibilité qui trop souvent, est confondue avec celle du foie. On trouve toujours chez ces malades, quelques-uns de ces signes que j'ai, jadis, groupés sous le nom de petits symptômes de l'entérocolisme (2). L'état général est peu satisfaisant : amaigrissement, nervosité, asthénie.

Donc troubles de la sensibilité intestinale, fermentations ou putréfactions intestinales, subictère acholurique, avec modification plus ou moins marquée du volume du foie, tout ceci permet de conclure que cette glande est moins touchée que l'intestin et qu'en traitant, uniquement, ce dernier, nous devons modifier l'aspect hépatoïde.

Pathogénie. — L'urine ne contenant pas traces de sels biliaires, ceux-ci ne peuvent donc pas passer dans le sang. Comment, alors, expliquer cette teinte subictérique qui fait, à tort, prendre ces coloniaux pour des hépatiques quand ils ne sont que de vulgaires intestinaux.

Cette pseudo-jaunisse est le fait d'une hémolyse exagérée. Elle traduit, en outre, un certain degré d'anémie globulaire.

L'hémolyse est un fait normal : les hématies usées sont

(1) J.-J. Matignon. — Les algies à distance des entéropathies et les erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent. *Archives des Malades de l'appareil digestif et de la nutrition* 1920.

(1) C'est le foie « accordéon » de Mongour, dont le volume varie en fonction du travail de défense qu'il doit fournir.

(2) J.-J. Matignon. — *Les petits symptômes de l'entérocolisme*, Académie de médecine 1909, et Laraillhet . *Le petit enterocolisme.* Thèse de Bordeaux 1910.

© BIU Santé

détruites dans la rate et privées de leur fer. Le sang hémolysé arrive au foie. Si la cellule hépatique est normale, le pigment sanguin, transformé en bilirubine, est éliminé par les voies biliaires. Le sang purifié est rendu aux veines sus-hépatiques. D'après Gilbert, le sang normal contient 1/36500 d'hémoglobine. Si sa dilution atteint un degré supérieur, le sérum se colore et donne aux tissus une teinte plus ou moins subictérique.

Chez les intestinaux, surtout chez les colitiques, qui présentent des putréfactions, l'abondance des poisons fabriqués doit avoir comme corollaire une exagération de l'hémolyse. On sait, en effet, que beaucoup d'hémolysines se fabriquent dans l'intestin. Les unes naissent des peptones, d'autres des produits biliaires. La destruction des cellules intestinales fournit d'autant plus d'hémolysines que cette muqueuse est enflammée. Roger a montré que les savons, les dérivés graisseux, peuvent traverser l'intestin malade et altérer les hématies. Lœper a insisté sur le pouvoir hémolysant des toxines microbiennes intestinales.

Ces hémolysines, qu'elles soient cellulaires ou microbiennes agissent sur le sang, à la condition de forcer la barrière hépatique : Roger nous a fait bien connaître ce rôle protecteur du foie contre les poisons élaborés dans l'intestin.

Pour que ces poisons forcent la barrière hépatique, il faut ou que le foie soit en hypofonction, ou que, le foie étant normal, la quantité de toxines à détruire soit telle que l'organe ne puisse suffire à sa tâche. Au début, il s'hypertrophie pour la lutte : d'où ces foies débordant plus ou moins, pris souvent pour des glandes malades et qui régressent, à vue d'œil, dès que les causes d'intoxication diminuent, ce qui n'arriverait pas, au moins aussi rapidement, s'il y avait lésion hépatique. Bref, les poisons passent dans la circulation générale, altèrent les globules dont la destruction va s'achever dans la rate, libérant des quantités de pigments que le foie aura à transformer en bilirubine. La cellule hépatique, surmenée, qui n'a pu déjà arrêter tous les poisons, ne pourra davantage transformer cet excès d'hémoglobine qui restera dans le sérum. L'hémoglobinémie dépasse le taux physiologique de 1/36500 que nous a fait connaître Gilbert, et les tissus prennent alors une teinte plus ou moins ictérique.

On comprend comment un foie, longtemps soumis à ce régime de surmenage par les poisons intestinaux, peut devenir un foie malade (bien que le foie toxique de Boix et Hanot ne soit plus admis).

La conclusion à tirer est qu'en face d'un sujet à teint subictérique, se plaignant vaguement de douleurs du côté du foie, avant de conclure, comme on a trop souvent tendance à le faire, à une lésion hépatique, il est indispensable d'examiner, en détail, son patient : exploration méticuleuse du ventre ; dissociation du foie du gros intestin ; examen de l'urine ; recherche du *signe de l'ongle*. Le diagnostic étiologique de cette jaunisse en règle la thérapeutique.

Traitement. — Le traitement devra donc être avant tout intestinal. La question du régime y est des plus importantes, pour mettre l'intestin au repos maximum, diminuer les toxines et partant le surmenage du foie. Le régime alimentaire est chose tout à fait individuelle. On est arrivé à faire du Régime — avec un grand R, s'entend — une méthode de traitement applicable à tous les malades, qui se caractérise par sa monotonie, son manque de saveur et le dégoût qu'il inspire rapidement — raisons qui le font, en cachette, abandonner par les malades. Les belles espérances fondées sur les ferments lactiques, sur les expériences de laboratoire et aussi pas mal de vues de l'esprit ont été singulièrement déçues et le yougourth, tant prôné par feu Metchnikoff, n'est point, hélàs ! cette panacée intestinale qui devrait nous maintenir, jeunes et frais, jusqu'à cent ans !

La cure hydrominérale est, dans ces cas excellente. Et celle de Châtel-Guyon, faite avec modération, sans lavages intestinaux, donne des résultats tout à fait remarquables. Elle nous permet, en outre, de bien saisir l'origine intestinale de ces subictères acholuriques des coloniaux hépatoïdes.

Les malades que nous voyons passer à la station se ramènent à deux types : 1° les constipés, qui sont la majorité ; 2° les diarrhéiques, vrais ou faux, sujets à fermentations ou putréfactions intestinales, plus ou moins accusées.

Constipé ou diarrhéique, on peut dire du colonial qu'il est avant tout un *atone gastro-intestinal* (dyspepsie flatulente, lenteur des digestions, putréfaction ou fermentation intestinales, diminution ou perte d'appétit). Il est, de plus, *un anémié*. Il est enfin, à un degré plus ou moins marqué, un *intoxiqué*.

Il y a donc lieu :

1° De régulariser le rythme gastro-intestinal (désinfection et stimulation) ;

2° De débarrasser l'organisme de déchets, de faire un véritable lavage ;

3° De fournir à l'organisme des éléments reconstituants. Loeper a, jadis, montré le profit que les anémiques intestinaux retirent des eaux de Châtel-Guyon contenant Mg, Fe et As.

4° De stimuler et nettoyer les glandes annexes, comme le foie.

Les eaux de Châtel-Guyon sont polymétalliques (Mg, Fe, As). Elles contiennent surtout beaucoup de colloïdes, dont la puissance catalytique donne aux réactions chimiques une intensité considérable et explique les effets thérapeutiques intenses et rapides, obtenus avec des doses très minimes d'eau prise à la source.

Un des premiers effets de la cure est de relever l'appétit de stimuler la digestion, d'exagérer la diurèse. Dans la première semaine, les réactions intestinales se produisent, surtout chez les diarrhéiques ou les malades sujets aux putréfactions : leurs selles se moulent et diminuent de fréquence, à mesure qu'elles se désodorisent. En même temps, le foie s'arrache à sa torpeur et la bile se déverse de plus en plus abondante dans l'intestin : d'où les « selles vertes de Châtel-Guyon », dont la couleur varie du vert-bouteille au jaune vert.

Le malade lui-même note les modifications de son teint qui s'éclaircit de jour en jour.

Enfin, chez les diarrhéiques et les fermentés, surtout, on note un phénomène d'apparence paradoxale : *l'augmentation de poids marchant de pair avec la diminution de volume du ventre*. Les fermentations intestinales s'atténuent très vite, le météorisme cède de ce chef. En même temps, l'assimilation se faisant mieux, le malade répare ses pertes, prend du poids, pendant qu'il « perd du ventre ».

Je n'ai pas à parler de la thérapeutique hydrominérale, boissons, bains ou douches, utilisés dans ces cas à Châtel-Guyon. Je signale simplement que les meilleurs résultats sont obtenus par l'ingestion de doses d'eaux minimes.

En outre du traitement hydrominéral, le colonial fait à Châtel-Guyon une cure d'air en petite montagne (410 mètres). Mais surtout *on lui apprend à manger*. Le corps médical, pendant des années, a mené une campagne à peu près couronnée de succès, aujourd'hui, pour faire comprendre aux hôteliers l'importance des tables de régime, intelligemment organisées et qui sont les adjuvants précieux du traitement hydrominéral. On a su respecter le goût français.

© BIU Santé

Ce n'est pas le système bourratif de pâtes et de farine à la bochosuisse, mais une diététique rapide et cependant hygiénique qui est observée.

Si le vieil adage *naturam morborum medicatio demonstrat* est vrai, il trouve chez nos coloniaux hépatoïdes une confirmation éclatante. Ces malades ont l'aspect d'hépatiques. Mais nous savons que leur mal est intestinal ; la cure de l'intestin, par une eau minérale vraiment spécifique, fait disparaître les accidents pseudohépatiques, montrant bien, ainsi, quelle est leur origine.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. P. LEREBOULLET

Prophylaxie et traitement de la coqueluche (1).

La coqueluche et une maladie spécifique contagieuse, atteignant les voies respiratoires, et se traduisant par des quintes de toux spéciales. Cette maladie est longue, riche en complications diverses (encore que ces complications ne soient pas toutes graves) et, par sa longueur, par le caractère désagréable des quintes, par sa contagiosité, elle est une des maladies les plus importantes en pratique journalière, une de celles sur lesquelle vous serez le plus consultés, non seulement pour que vous donniez vos soins, mais pour que vous donniez votre avis sur la valeur des médications que, avant même de vous le demander, on aura employées, c'est une des maladies pour lesquelles vous aurez souvent des décisions immédiates de prophylaxie et de traitement à prendre ; elle nécessite certainement à beaucoup de points de vue une surveillance médicale suivie, et il est bon de connaître les bases de son traitement.

Peu de maladies ont été aussi copieusement traitées depuis qu'elles ont été connues, et il y a longtemps que la coqueluche figure dans les traités de pathologie infantile. Voici déjà plusieurs siècles qu'on reconnaissait son caractère contagieux, qu'on admettait qu'elle conférait l'immunité, et qu'en somme on avait vu la plupart de ses caractères cliniques, toutefois, malgré la multiplicades médications, la coqueluche était vraiment bien mal soignée. Je n'en veux pour preuve que ce qu'en disent les vieux auteurs ; par exemple, Buchan, médecin anglais, auteur d'un traité de médecine réputé, disait en 1783 que dans la coqueluche, maladie rebelle, il est de la plus grande importance de suivre scrupuleusement le traitement suivant : « on commencera par saigner... on fera vomir avec l'ipécacuanha et on purgera ; si les quintes ne perdent pas d'intensité, on donnera des calmants avec les précautions que ces remèdes exigent. Si leurs effets ne sont que peu ou point marqués, on en viendra au liminent d'ail, à l'emplâtre de poix de Bourgogne, enfin au vésicatoire ». De cette médication un peu trop offensive, le vomitif a longtemps survécu et Laënnec faisait vomir tous les deux jours ses malades.

Non seulement les anciens médecins avaient adopté cette triple médication par la saignée, les vomitifs et les purgations, si épuisante pour l'enfant, mais en outre ils donnaient comme on dit vulgairement, toutes les herbes de la Saint-Jean, depuis l'infusion de cloportes dans du vin blanc jusqu'au liniment d'ail ; ils faisaient boire au malade du sirop de corail, lui faisaient des onctions avec la graisse de veau marin, lui faisaient respirer l'odeur d'un bouc, le traitaient avec l'infusion de feuilles de romarin, peut-être plus anodine et plus agréable, employaient des pilules d'extrait de tabac, bref utilisaient une série de médications aussi variées qu'inefficaces.

Plus près de nous, on a continué à employer des médications très variés dans la coqueluche, et on la considérait comme une maladie longtemps contagieuse exigeant un isolement prolongé. On admettait que les quintes, d'un caractère parfois angoissant, étaient un élément de contagion, ce qui est vrai dans une certaine mesure et que, tant qu'elles duraient, l'isolement devait continuer. Les règlements d'hygiène scolaire ont comporté ainsi une durée d'éviction basée sur la disparition des quintes ; c'est de 1 mois à 6 semaines après la disparition des quintes que les médecins ont longtemps admis que les malades ne sont plus contagieux, cet isolement des coquelucheux pendant des semaines et des mois, apportant une gêne considérable à la vie familiale et scolaire. Je vous dirai tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

On a eu de ce fait tendance pendant trop longtemps à vouloir isoler les malades atteints de coqueluche ensemble, et pour les coquelucheux plus peut-être encore que pour les rougeoleux, l'isolement collectif a eu des résultats désastreux.

La petite salle Labric où sont actuellement alités nos malades était jusqu'à ces dernières années le service de coquelucheux. Tous les médecins qui ont passé dans ce service à l'hôpital des Enfants-malades en ont gardé un sinistre souvenir. Dans ce service, en effet, les enfants mouraient dans la proportion de 30 à 40 %, parfois davantage. Ils mouraient de bronchopneumonie, malgré les quelques mesures d'isolement qu'on pouvait prendre. L'isolement était très insuffisant, et, malgré les efforts du personnel, la salle avait conservé cette énorme proportion de décès. Il a suffi de fermer ce service, de l'affecter à un service de médecine générale pour voir la mortalité tomber à 5 ou 6 %.

Par conséquent ce n'était pas la salle, malgré ses défectuosités, c'était avant tout le fait de l'isolement collectif qui produisait cette effrayante mortalité des coquelucheux. Voilà donc encore un point, l'isolement, sur lequel les notions relatives à la coqueluche ont changé comme les notions relatives à la rougeole.

Il y a par conséquent, si on compare la coqueluche telle qu'elle était il y a une cinquantaine d'années et telle qu'elle est actuellement, un certain nombre de points fondamentaux, sur lesquels nos conceptions se sont modifiées et qui font que la coqueluche, mieux connue dans ses causes, mieux traitée en ville et à l'hôpital, avec une hygiène mieux comprise, est une maladie moins meurtrière.

La thérapeutique de la coqueluche est toujours multiple et variée, mais elle n'est plus nocive comme au temps de la saignée et des vomitifs, et elle peut être méthodiquement conduite.

Si nous savons mieux ce qu'est la coqueluche, c'est que, tout d'abord, nous sommes mieux fixés sur la nature de cette maladie. Nous savons actuellement, — le fait semble démontré — que la coqueluche est liée à un germe spécial. Qu'elle fût une maladie contagieuse, nous le savions depuis longtemps, mais le germe de la coqueluche n'a été isolé qu'en 1906, par Bordet et Gengou, et ses caractères ont été précisés par une série de travaux récents.

(1) Leçon faite le 2 mai 1924.

© BIU Santé

Le microbe de Bordet-Gengou est un coccobacille en forme de bâtonnet ovoïde et groupé en diplobacilles faciles à colorer par les bleus divers. Il est le germe de la coqueluche, car, d'une part il est agglutinable par le sérum des chevaux vaccinés par ses cultures, de même que par le sérum de convalescents de la coqueluche. Il fixe, d'autre part, le complément mis en présence du sérum de convalescent. Par conséquent, il a une réaction homologue de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis, une réaction de déviation du complément, il a aussi une réaction d'agglutination ; il paraît bien l'agent de la coqueluche.

Ce germe a un milieu spécial, c'est la gélose additionnée de pomme de terre au sang. Ce milieu peut être coulé en boîtes de Pétri. On peut faire tousser le malade devant ces boîtes, les ensemencer ainsi et faire pousser le microbe de Bordet-Gengou, qui pousse sous forme de gouttelettes comparées à de minuscules gouttes de mercure. Cette méthode a été employée pour dépister le microbe de Bordet-Gengou dans l'expectoration des coquelucheux. D'une part, en Danemark, Mme Chiewitz et Meyer ; d'autre part en Belgique, Duthoit, à Bruxelles et en France Barbier et plus récemment Cadenaule, de Bordeaux, ont essayé de voir dans quelle mesure le germe de Bordet-Gengon existait aux différentes périodes de la coqueluche. D'après Cadenaule, dans la période catarrhale préquinteuse, 60 sujets sur 100 examinés, ont un résultat positif ; ils présentent le bacille de Bordet-Gengou dans leur expectoration. Dans la première semaine des quintes, sur 91 sujets examinés il y a 65 résultats positifs, soit 71 p. 100.

Dans la deuxième semaine des quintes, sur 39 cas examinés, il y a 26 résultats positifs, soit 66 p. 100. Dans la troisième semaine des quintes, la proportion tombe à 40 % ; dans la quatrième, à 25 % ; après la quatrième, à 10 % ; vraisemblablement cette épreuve est sujette à caution. Mais d'autres statistiques sont concordantes et donnent un chiffre plus faible encore à la quatrième semaine.

Par conséquent, on voit progressivement diminuer le nombre des cas dans lesquels on peut constater le bacille de Bordet-Gengou.

Les recherches de Mme Chiewitz et Meyer, les recherches de Duthoit, arrivent à cette conclusion : à partir de la troisième ou quatrième semaine après la période des quintes, on ne peut plus mettre en évidence facilement le microbe de Bordet-Gengou et par conséquent le malade n'est plus contagieux. C'est là une donnée fondamentale qu'il faut retenir lorsqu'on veut étudier la prophylaxie de coqueluche.

La coqueluche est donc une maladie contagieuse, mais c'est une maladie qui est contagieuse avant la période des quintes, dans ce qu'on appelle la période catarrhale, et dans les deux ou trois premières semaines des quintes, elles ne l'est plus après. Par conséquent au point de vue de la contagion, il est inutile d'immobiliser le coquelucheux pendant des mois parce qu'il tousse encore en quintes, ce qui pourra lui arriver longtemps encore. La contagion est à craindre uniquement au début de la coqueluche. C'est du début et non de la fin des quintes qu'il faut faire partir les délais d'isolement.

Par conséquent, au point de vue prophylactique, nous devons nous rappeler que, dans les familles, il est souvent illusoire de préserver des enfants du contact avec un enfant ayant des quintes, s'ils l'ont vu à la période catarrhale préquinteuse car ils ont sans doute été déjà contagionnées.

A un autre point de vue toutefois, l'isolement peut-être bon, car il ne faut pas laisser les coquelucheux en agglomération. Par suite, dans une famille, vous devez admettre, quand il y a eu un cas de coqueluche, que tous les enfants sont contagionnés, mais vous devez tâcher de ne pas les laisser réunis dans un espace trop restreint. De même dans une école, lorsque vous avez constaté chez des enfants l'existence de coqueluche avérée, vous devez admettre que les autres enfants seront atteints s'ils ont pu être contagionnés dans la période préquinteuse, et vous ferez bien de les écarter de l'école au même titre que les coquelucheux indiscutables. En revanche, vous ne devez pas réaliser une éviction des coquelucheux aussi prolongée qu'autrefois. Alors que certains règlements admettaient que l'enfant ne doit être admis que 50 jours après la dernière quinte d'autres 30 jours, actuellement il faut reconnaître qu'un tel isolement est absolument excessif et inutile.

Il est certain que la coqueluche n'est pas contagieuse aussi longtemps. Voici longtemps que Grancher dans cet hôpital, M. Comby et le professeur Weill, à Lyon, ont insisté sur l'inutilité de ce long isolement. Ils avaient noté que les vieux coquelucheux enfants atteints de quintes de coqueluche, qui entraient par hasard dans une salle de médecine générale, ne donnaient pas la coqueluche à d'autres enfants, n'étaient qu'exceptionnellement la source de cas de coqueluche, que, d'autre part, un enfant atteint d'une toux non coquelucheuse, mais simulant la coqueluche, et entrant dans un service de coquelucheux, n'y prenait souvent pas la coqueluche. Inversement, certains enfants ayant une toux spasmodique, n'ayant pas encore les caractères de la toux coquelucheuse, étant en pleine période catarrhale et entrant dans une salle commune, donnaient la coqueluche à d'autres enfants.

Par conséquent, ceci justifie la théorie d'après laquelle la *coqueluche est contagieuse surtout dans la période préquinteuse*.

Les recherches de Chiewitz et Meyer, de Duthoit, de Cadenaule, celles de Barbier, vérifient cette règle et montrent qu'il n'y a pas lieu de retenir des enfants loin de l'école parce qu'ils ont encore des quintes, lorsque ces quintes remontent à plus de quatre semaines. De même, au point de vue de la pratique urbaine, rappelez-vous que vous pouvez remettre en liberté les enfants lorsqu'ils ont eu 5 semaines de quintes (je ne dis pas 4 semaines, puique parfois il y a encore des germes coquelucheux dans l'expectoration à la 4e semaine). Ne les retenez pas indéfiniment loin des autres enfants lorsqu'ils se bornent à avoir de la toux.

En revanche, méfiez-vous énormément, au point de vue de la prophylaxie, des coqueluches frustes, des coqueluches larvées, des coqueluchettes. Ce sont ces formes frustes, qui restent à la phase catarrhale, qui sont souvent la source de contagion. L'on a montré qu'assez souvent, quand on ne savait pas l'origine d'une coqueluche, il fallait rechercher si l'enfant atteint de coqueluche, sans avoir quitté son domicile depuis longtemps, n'avait pas reçu la visite d'un adulte atteint de toux quinteuse qui lui aurait donné la coqueluche. Il y a un grand nombre de faits de contagion de la coqueluche par des adultes atteints de coqueluche déformée, de coqueluche larvée qui peuvent être la source de véritables petites épidémies.

Par conséquent, s'il ne faut pas se méfier des vieux coquelucheux, il faut en revanche se méfier beaucoup des toux quinteuses sans caractère précis. Il y a lieu quelquefois — Delcourt l'a fait en Belgique, d'autres en France, mais la méthode n'est pas encore généralisée — de faire

© BIU Santé

le séro-diagnostic de la coqueluche par la déviation du complément, dans les cas frustes.

D'autre part, il faut se rappeler que, lorsque des enfants ont été en contact avec d'autres enfants atteints de coqueluche, ces enfants sont par là même suspects de coqueluche, et doivent être isolés. Par exemple quand un enfant est pris de coqueluche dans une famille, ses frères et sœurs doivent être considérés comme contagionnés — et ils le sont presque toujours — et doivent rester isolés de 12 à 15 jours, pas plus, parce qu'au bout de 12 à 15 jours ils doivent avoir de la toux et des quintes vraies, sinon ils resteront vraisemblablement indemnes.

Voilà ce qu'il faut retenir au point de vue de la prophylaxie de la coqueluche à la ville et à l'école : nécessité de considérer les enfants ayant été en contact avec un coquelucheux dans la phase préquinteuse comme suspects de la coqueluche ; nécessité d'isoler ces enfants pendant 12 à 15 jours ; nécessité d'isoler le coquelucheux lui-même pendant la période aiguë, c'est-à-dire 4 à 5 semaines, et se rappeler que le délai d'isolement doit partir de la première quinte et non de la dernière ; nécessité de se méfier des adultes ou enfants qui, autour d'un coquelucheux, toussent d'une manière tenace, parce qu'ils ont peut-être une coqueluchette et sont aussi dangereux que les coquelucheux avérés : nécessité, lorsqu'on reçoit des coquelucheux dans un hôpital, de les isoler dans un pavillon à isolement individuel et de ne pas grouper ces coquelucheux. L'exemple du pavillon de la coqueluche est lamentable et aurait dû être une leçon définitive. Il y a trois ans, M. Nobécourt a demandé à l'Assistance publique, de fermer ce pavillon parce qu'il était trop meurtrier et vraiment on n'a pas eu à regretter cette disparition. Mais l'année dernière, en présence d'un grand nombre de cas qui ne pouvaient être logés à l'hôpital Claude-Bernard, l'Assistance publique a pensé qu'elle pouvait ouvrir un service de coquelucheux dans les salles d'une annexe de l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Vanves et mon collègue Huber a été chargé de ce service comprenant trois salles communes ; pendant quelques jours, tout a fort bien été ; les enfants étaient aérés, le pavillon paraissait sain. Mais, peu à peu, la broncho-pneumonie s'y est mise, la rougeole y est survenue, la scarlatine y a fait son apparition, d'autres maladies l'ont envahi, et le service ainsi créé a eu une mortalité lamentable ; M. Huber garde un triste souvenir de cette expérience désastreuse qui montre une fois de plus la nécessité de recevoir les coquelucheux que dans des services où il y a l'isolement individuel.

On discute encore sur l'isolement individuel. Je crois qu'il n'y a pas de mesure plus urgente que de tâcher de réaliser l'isolement individuel pour toutes les maladies contagieuses de l'enfance.

Y a-t-il en dehors de ces mesures de prophylaxie générale, des méthodes biologiques intéressantes et peut-on employer une méthode analogue à la méthode qui a été employée dans la rougeole, à savoir le *sérum de convalescent* ? La méthode de Nicolle et Conseil, valable pour la rougeole, comme l'a démontré Debré, est-elle également valable pour la coqueluche ? On a essayé le sang des coquelucheux et le sérum des coquelucheux.

Debré a fait des essais avec le sérum des coquelucheux convalescents, chez des enfants qui étaient à la période d'incubation, en injectant 2 ou 3 cm. de sang de coquelucheux convalescent, il aurait obtenu des résultats favorables. D'autres observateurs n'ont pas eu les mêmes résultats et actuellement la question n'est pas encore complètement au point.

D'autre part, M. Lesné et Mlle Petiot, dans des recherches dont je parlerai, ont essayé le sang citraté de coquelucheux injecté à d'autres sujets en période d'incubation probable, et n'ont pas obtenu de résultats démonstratifs. Par conséquent, l'action des injections préventives de sérum de coquelucheux n'est pas encore démontrée pleinement.

Une autre question a été discutée, la question de la *vaccination préventive*, et ceci est également fort intéressant. Il y a actuellement un microbe de la coqueluche, le bacille de Bordet-Gengou. Ce microbe peut être employé sous forme de vaccin, et MM. Nicolle et Blaizot ont réalisé ce vaccin. Il a d'ailleurs été préparé industriellement, c'est le Dmétys de Poulenc. A-t-il une action préventive ? Certains observateurs, notamment Luzzati, ont obtenu des résultats encourageants en employant le vaccin anticoquelucheux chez les enfants suspects de coqueluche. Inversement Rohmer et Mlle Brandenberger ont eu des résultats négatifs. Ces auteurs estiment, par contre, qu'on peut employer à titre de médication préventive la *quinine*, Il semble à Rohmer que la quinine peut diminuer ou même faire avorter la coqueluche, et que par conséquent, chez les enfants qui sont autour d'un coquelucheux on est en droit, surtout chez les jeunes enfants, de l'employer de façon préventive. On peut l'employer sous forme d'aristochine (carbonate neutre de quinine) associée ou non au Dmétys.

Autre point de prophylaxie ; y a-t-il utilité à faire la *désinfection* après la coqueluche ? Cette question est toujours discutable. Il semble bien que la coqueluche soit avant tout une maladie à *contagion interhumaine*. C'est le coquelucheux qui, par son expectoration, donne la coqueluche et il ne semble pas que la coqueluche puisse se transmettre par des objets.

Malgré quelques faits rares signalés où la maladie aurait été transmise par l'intermédiaire d'objets divers, ces cas n'ont pas une valeur absolue, et, pour la coqueluche comme pour la plupart des autres maladies, il faut admettre la contagion interhumaine. S'il en est ainsi, la désinfection du local où a séjourné le coquelucheux n'est pas nécessaire, sauf s'il y a eu des complications, des broncho-pneumonies et des infections diverses.

***

La coqueluche doit être avant tout *traitée* par les moyens hygiéniques. On pourrait, dans les coqueluches bénignes, se borner au traitement hygiénique, si les familles ne réclamaient un traitement médical plus actif.

Ce *traitement hygiénique* doit consister à garder le coquelucheux dans une chambre vaste, aérée, dans laquelle l'air est renouvelé, sans courants d'air, à le maintenir dans un état de propreté générale satisfaisant, à assurer la propreté des premières voies aériennes. Chez le coquelucheux comme chez le rougeoleux, il peut être bon d'employer la méthode de Milne, c'est-à-dire d'utiliser largement l'essence d'eucalyptus en inhalation, répandue sur le lit, l'oreiller, à proximité de la tête du malade, qui doit en respirer souvent.

Il est bon que le coquelucheux soit nourri, et on se rappellera que, du fait de ses quintes, il a assez facilement des vomissements. Par conséquent il faut lui donner fréquemment des petits repas, demi-solides ou liquides, d'ailleurs variés selon la tolérance particulière du malade. Dans certains cas, chez le nourrisson, le problème de l'alimentation est vraiment difficile à résoudre en raison de la fréquence des quintes. Chez un nourrisson qui

© BIU Santé

a 80 quintes par jour, comme j'en ai vu, on a certainement de la peine à assurer l'alimentation. Il faut user de subterfuges, recourir parfois à l'alimentation rectale, voire au sérum glucosé sous-cutané, quand on ne peut le nourrir par la voie gastrique.

Au moment des quintes, il faut asseoir le malade et soutenir sa tête, faciliter l'expectoration, rendre la quinte moins pénible par une série de petits moyens qui regardent l'entourage plus que le médecin. Il faut savoir toutefois les conseiller.

Il est bon de garder le coquelucheux à la chambre ou même au lit quand il a beaucoup de quintes, dans les premières semaines de la coqueluche. On a beaucoup discuté la nécessité des sorties. Les sorties proprement dites ne sont pas bonnes dans la phase catarrhale de la coqueluche ; l'enfant peut s'enrhumer et contracter de ce fait une bronchite surajoutée ; il ne semble pas qu'il ait à souffrir de rester dans une chambre. D'ailleurs, dans la phase aiguë faire sortir le coquelucheux en pleines quintes, c'est exposer d'autres enfants à la contagion, et nous n'avons pas le droit de le faire.

En revanche quand l'enfant a cessé d'être dans les premières semaines des quintes, quand on a atteint la quatrième semaine, alors, malgré la persistance des quintes il est bon de le sortir ; il faut faire à ce moment le *changement d'air* recommandé comme une méthode de traitement de la coqueluche dans les plus vieux auteurs. On peut en discuter la signification, mais il est certain que lorsqu'un enfant continue à tousser après une coqueluche déjà prolongée, lorsque l'état général ne reprend pas, le changement d'air est souvent un moyen de le faire moins tousser et de le remonter. Par conséquent il faut en maintenir la prescription. Elle est utile, une fois les quatre premières semaines écoulées. Je passe sur ces points de notion courante et j'arrive aux médications proprement dites.

Il y a deux sortes de *médications*, les médications dites spécifiques et les médications ordinaires, les médications générales qu'on employait autrefois et qu'on continue encore d'employer aujourd'hui.

Puisqu'il y a un microbe de la coqueluche et que nous le connaissons, nous pouvons espérer avoir un sérum ou un vaccin. Les sérums de la coqueluche ont été essayés. MM. Bordet et Gengou se sont d'abord appliqués à en faire un, et depuis, plusieurs autres sérums anticoquelucheux ont été proposés. Jusqu'à présent ces sérums n'ont pas fait leurs preuves. Je ne les signale que pour mémoire. Il se peut qu'un jour on arrive à un sérum pratique. Pour le moment il n'y en a pas. En revanche il y a le *sérum et le sang de coquelucheux convalescent*. A cet égard des recherches intéressantes ont été faites. MM. Méry et Girard ont obtenu certains résultats par l'injection de sang citraté de coquelucheux convalescent à un nourrisson atteint de coqueluche grave. M. Lesné et Mlle Petiot ont vu l'injection de sang de coquelucheux convalescent modifier les complications, mais non la coqueluche elle-même ; les sujets injectés présentaient moins de bronchopneumonies, et des bronchopneumonies moins graves.

Retenez donc la possibilité d'employer exceptionnellement le sang citraté de coquelucheux convalescent ou le sérum de coquelucheux comme moyen de traitement de certaines coqueluches graves.

De même vous pourrez employer la *vaccinothérapie* avec le vaccin de Nicolle et Blaizot, ou le Dmetys de Poulenc. Les avis sont très partagés à ce sujet. Rohmer l'a employé sans résultat très net. Inversement Railleta obtenu des effets assez encourageants.

Pour ma part, il me semble que le Dmetys agit dans la coqueluche du jeune enfant à condition d'être employé de bonne heure ; chez un certain nombre de bébés, au-dessous de 3 ans, il m'a donné des résultats ; sans doute il est difficile d'affirmer qu'il a transformé la maladie en coqueluche bénigne ; en tout cas, je n'ai observé que des coqueluches bénignes durant son emploi ; j'ai tendance à croire que le Dmetys a été pour quelque chose dans l'atténuation de la coqueluche, dont les quintes ont été moins multiples et moins longues.

On fait une première injection, puis une autre deux jours après, puis 3 à 4 injections consécutives Elles provoquent quelquefois une réaction fébrile, mais généralement la médication est bien supportée.

Ces médications spécifiques, sont des médications d'avenir. Il est certain qu'on aura une vaccinothérapie de la coqueluche. Je crois qu'on peut affirmer aussi qu'on trouvera un moyen pratique d'employer des sérums contre les coqueluches graves ; actuellement toutefois ces médications ne sont pas encore au point, de sorte qu'il faut savoir soigner les quintes à l'aide de différents autres moyens.

Le nombre des médicaments pour la coqueluche est considérable. Il y a longtemps que Jules Simon disait avoir essayé plus de 50 formules, toutes plus inefficaces les unes que les autres. Nous pourrions dire actuellement qu'il y a 150 ou 200 formules à employer contre la coqueluche.

De ces médications beaucoup semblent à peu près dépourvues d'action. Néanmoins, même celles qui sont inefficaces ont souvent sur les familles une action psychothérapique précieuse, et le médecin n'a pas le droit de dire : vous ne ferez rien du tout ; il doit trouver dans l'arsenal thérapeutique un certain nombre de médications à employer et qui auront le mérite de ne pas nuire.

Je crois que le principe général doit être que, dans toute coqueluche normale, évoluant sans gravité, il ne faut pas employer de médicaments susceptibles d'être toxiques et qu'il faut réserver ces médications toxiques négatives aux coquelucheux graves.

Deux espèces de médications peuvent être faites, les médications externes et internes. On peut toujours les associer.

Médications externes. — Aux coquelucheux vous pouvez faire respirer des substances diverses. Le coquelucheux a des quintes spasmodiques, provoquées généralement par une respiration un peu brusque et par toutes les causes qui amènent la toux, notamment par l'air sec. Par conséquent il est indiqué de faire au coquelucheux des *inhalations* d'eau additionnée de teinture de benjoin et d'eucalyptus, de le maintenir dans une atmosphère légèrement humide. Mais on peut faire mieux. Il y a longtemps que Weill, de Lyon, et Martin ont préconisé les *inhalations de quinoléine*, substance dérivée du goudron de houille. On fait bouillir 100 gr. d'eau avec 10 ou 20 gouttes de quinoléine, dose qu'on augmente si plusieurs enfants respirent. On fait 3 ou 4 séances par jour d'évaporation dans la chambre. On a obtenu d'assez bons résultats de cette méthode. Personnellement je n'ai pas eu à l'employer.

On peut de même employer des inhalations d'ozone, d'air comprimé, d'oxygène.

Pour peu que l'enfant ait une tendance à la bronchite ou à la broncho-pneumonie, il peut être indiqué de faire des *inhalations répétées et considérables d'oxygène*, telles que Weill et Delcourt, de Bruxelles, les recommandent dans la broncho-pneumonie.

© BIU Santé

Mais c'est une médication qui ne saurait être prolongée et ne peut être employée qu'accidentellement dans une maladie d'aussi longue durée que la coqueluche.

Des inhalations plus simples sont les inhalations de certains produits éthérés; notamment le *Sargéthyl*, qu'on emploie en inhalations répétées plusieurs fois par jour. Lorsqu'il ne provoque pas la quinte (car il la provoque quelquefois), il a un effet assez calmant. C'est un des rares médicaments qui, dans le triste service de la coqueluche des Enfants-Malades, ait paru donner des résultats. Il est absolument inoffensif, et les enfants l'acceptent assez facilement.

Le chloroforme a été préconisé par M. de Rothschild ; c'est toutefois une médication qui peut nuire, et ne doit pas être employée dans une coqueluche normale ; vous êtes en droit de l'employer dans les coqueluches avec accès de spasmes marqués mais personnellement je ne crois pas qu'il faille recourir à cette médication susceptible d'être nocive.

En dehors des inhalations, comme médication externe vous pouvez encore employer les badigeonnages de la gorge et de la muqueuse nasale avec des solutions à base de cocaïne, recourir aux insufflations de poudres à base de quinine ou de salicylate de soude, d'orthoforme, etc., ce sont là des médications adjuvantes parfois utiles.

Médications internes. — Tout d'abord, on a cherché à modifier les sécrétions bronchiques, à diminuer la catarrhe et à faciliter l'expectoration. Dans ce but on a donné des potions à base de terpine, d'oxymel scillitique et surtout d'ipéca. Le grand remède de la coqueluche était le vomitif, qu'on employait principalement sous forme d'ipéca ou de tartre stibié.

Laënnec, tous les deux jours, donnait un vomitif pendant deux semaines à ses malades. J'admire beaucoup Laënnec, mais je n'admire pas toujours sa thérapeutique. Rilliet et Barthez se sont élevés contre ces méthodes qui faisaient dépérir le coquelucheux, cependant ils donnaient encore le vomitif de façon fréquente.

Cadet de Gassicourt lui-même utilisait, de même que Trousseau, le vomitif. Bref le vomitif est arrivé jusqu'à nos jours comme une médication de choix de la coqueluche. Je crois qu'il faut absolument y renoncer. Mais il est bon de donner le *sirop de Desessarts* à base d'ipéca qui peut faciliter l'expectoration, et qu'on mélange utilement au sirop de Tolu.

Il faut recourir à d'autres médicaments sédatifs du système nerveux et de la toux. Il y en a un qui a traversé les âges, qu'on a employé il y a 200 ans et qu'on emploie encore, c'est la *belladone*. Elle calme certainement la toux. On a dit qu'il fallait en donner quatre gouttes par année d'âge et par jour, mais elles ne sont pas toujours bien supportées par les enfants. Il faut se rappeler que la belladone agit à la limite de sa toxicité, et j'ai renoncé à l'employer couramment. M. Hutinel a l'habitude de mettre un peu de belladone dans les gouttes qu'il administre mais il reste à des doses faibles ; la donner à dose vraiment active c'est risquer des accidents qu'il vaut mieux éviter.

La *quinine* a été conseillée comme ayant une action calmante sur la toux de l'enfant et autrefois déjà les vieux auteurs donnaient le quinquina. On peut faire priser la quinine. On peut également la donner par la bouche. On emploie beaucoup en Allemagne l'*aristochine*, que vous trouverez actuellement couramment en France : c'est un carbonate neutre de quinine, qui a l'avantage d'être sans goût. On emploie également l'euquinine. Récemment Rohmer a été frappé de l'utilité des sels de quinine pour diminuer la fréquence des quintes.

Les *bromures* n'ont que peu d'action sur les quintes. En revanche, le *bromoforme* est un excellent calmant de la toux, très recommandé par Marfan, qui sert de base à plusieurs spécialités. On peut encore employer les formules suivantes, en ne les maniant toutefois qu'avec prudence.

Bromoforme	2 grammes.
Alcool à 90°.....	30 grammes.

Sirop simple q.s. pour 100 cent. cubes.

Une cuillérée à café contient *quatre* gouttes de bromoforme (Legendre).

Ou bien

Bromoforme.....	XLVIII gouttes.
Huile d'amandes douces.....	15 grammes

mêler et agiter. Ajouter :

Gomme arabique.....	15 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	4 grammes.
Eau distillée.....	120 cent cubes

Chaque cuillerée à café contient deux gouttes de bromoforme. 2 à 4 cuillerées à café par jour selon l'âge (Marfan).

Agiter fortement avant l'emploi.

L'inconvénient du bromoforme, c'est quelquefois de provoquer des accidents, notamment la somnolence, pouvant aller jusqu'à une syncope assez sévère : c'est donc une médication toxique qu'il faut employer avec ménagement et en en surveillant l'action.

L'*antipyrine* a une action antispasmodique marquée ; je vous ai signalé ses effets dans la laryngite diphtérique après le tubage. On peut l'employer chez le coquelucheux, sous forme de sirop, à la dose de 25 à 50 centigr. ou même 1 gramme. Les doses de 3 à 4 gr., indiquées comme maximum, sont beaucoup trop élevées, car l'antipyrine ne doit être ici qu'un adjuvant. J'en dirai autant de l'aspirine.

On a été plus loin. On a dit que l'enfant ayant des quintes violentes devait être calmé par le calmant par excellence de la toux, à savoir l'*opium*. Voici longtemps que l'opium a été recommandé, mais on l'avait abandonné, étant donnée la gravité, de longue date connue, de la médication opiacée chez l'enfant. Triboulet et Boyé, Barbier, Marfan, Weill et Mouriquand ont réinsisté sur la nécessité d'utiliser de faibles doses de morphine dans les coqueluches graves. On injecte 1/4 de centigr., 1/2 centigr., voire 3/4 de centigr. chez les grands enfants. Ils auraient ainsi obtenu de bons résultats, même chez les nourrissons. Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion d'employer la morphine chez le nourrisson ou l'enfant coquelucheux et je n'ose pas recommander cette médication que j'estime le plus souvent inutile et qui, dans certains cas, me semble pouvoir être dangereuse.

On a donné de nombreuses gouttes contre la coqueluche. Le formiate d'éthyle ou *Æthone* a fait fortune. C'est une médication peu agréable au goût, mais qui agit incontestablement sur les quintes de coqueluche. L'Æthone s'administre à la dose de 30 à 40 gouttes, trois ou quatre fois par jour, aux enfants. Ses effets s'épuisent quelquefois assez vite.

On peut encore employer *l'eau fluoroformée saturée* à la dose de 10 à 30 gouttes, trois fois par jour. Les gouttes de *Germose* sont également utiles pour calmer les quintes.

© BIU Santé

La teinture de *grindelia* peut être employée à titre adjuvant, sous forme de gouttes ou de sirop.

Il y a un autre médicament très particulier, que, pour ma part, j'emploie beaucoup et qui me paraît constituer le médicament fondamental de la coqueluche, lorqu'on veut employer un agent inoffensif et susceptible d'agir sur certaines quintes, c'est le *drosera*. Le drosera, herbe à rosée, rorelle, est un vieux médicament qui a une longue histoire, car cette plante eut la faveur d'être étudiée par Darwin. Sa feuille sécrète un suc irritant contenant un ferment digestif semblable à la pepsine, qui aide la plante à capter les insectes et à les digérer : c'est une plante carnivore. Ce suc est irritant pour les muqueuses des animaux qui par hasard broûtent des feuilles de drosera, les moutons notamment, et les fait tousser. Là-dessus, Hahnemann et les homéopathes ont pensé que cette plante pouvait être employée contre la toux, et le drosera a été conseillé contre la toux des tuberculeux. Les années ont passé, et on a constaté que le drosera agissait d'autre façon ; l'étude de Pierre Vigier au point de vue pharmacologique, l'étude de Constantin Paul au point de vue thérapeutique, et des travaux ultérieurs ont montré que le drosera était actif et fixé les doses auxquelles le médicament pouvait agir d'une façon efficace contre la toux spasmodique.

Les homéopathes l'employaient à faible dose, mais ils employaient un drosera très actif. Les allopathes ont employé le drosera à assez forte dose, et mon maître Barth m'en avait enseigné l'utilité. Je l'ai utilisé sous forme de teinture de drosera, d'alcoolature de drosera, et enfin d'intrait de drosera ; je ne parle de ce dernier que pour mémoire, sa préparation n'ayant pas été poursuivie.

A l'aide de ces trois préparations j'ai obtenu des résultats dans un grand nombre de cas, et je ne citerai pas les nombreux cas de coqueluche dans lesquels j'ai vu les quintes diminuer ou s'arrêter, ou se transformer sous l'influence, semble-t-il, du drosera, à une condition, c'est d'en donner beaucoup. C'est un médicament absolument inoffensif ; il faut le donner à dose suffisante, soit 10 *gouttes par année d'âge, répétées trois fois par jour*, et *augmentées autant de fois qu'il faut* : chez un enfant de 3 ans, on donnera 30 gouttes, et on augmentera de 5 gouttes chaque dose chaque jour, pour arriver à 100 gouttes, répétées trois fois, soit 300 gouttes par jour. Chez les enfants plus grands cette dose atteindra 600 gouttes, soit 10 grammes environ de teinture ce qui représente une quantité déjà assez élevée d'alcool.

Est-ce par l'alcool qu'il contient, est-ce par l'effet direct du drosera, toujours est-il que ce médicament paraît avoir une action calmante sur les vomissements et stimulante sur l'état digestif : l'enfant digère mieux et vomit moins.

Le drosera agit sur la violence des quintes et sur leur fréquence. Un des faits les plus nets que j'ai observés est celui d'une enfant qui, ayant une dizaine d'années, a fait une coqueluche grave, au cours de laquelle s'est déclarée une appendicite. M. Jalaguier la vit et refusa de l'opérer. Elle avait des quintes violentes. Je lui ai donné le drosera à forte dose et en trois jours les quintes avaient diminué d'intensité suffisamment pour permettre d'enlever l'appendice sans incident.

Un enfant soigné à l'hôpital Broussais avait à chaque quinte un spasme glottique violent que le drosera calma très bien.

Le drosera m'a paru en outre rendre l'évolution de la coqueluche plus rapide dans certains cas. Sur les centaines de coquelucheux que j'ai soignés j'ai perdu un seul cas en ville : chez un nourrisson de 3 mois arrivé de province à Paris avec une broncho pneumonie grave et du spasme glottique. Il mourut en trois jours. En dehors de ce cas, tant chez les nourrissons que chez les grands enfants, j'ai soigné un grand nombre de coqueluches dont beaucoup graves et toutes ont guéri. Je crois que c'est bien en partie à l'emploi répété, comme médicament de fond, du drosera à forte dose, que j'ai dû ces résultats.

Après en avoir dit tout le bien que j'en pense, je dois ajouter que ce n'est pas un médicament constant dans son action, et que, depuis la guerre, il semble moins actif ; je n'ose donc pas compter que les préparations actuelles vous donnent toujours les résultats que j'ai moi-même obtenus. En tout cas c'est une médication inoffensive, qu'on peut employer pendant toute la durée de la maladie et qui contribue incontestablement à calmer les quintes.

On peut se demander si certaines médications antispasmodiques récentes ne seraient pas utiles ; le *benzoate de benzyle*, par exemple, a été recommandé et employé avec de bons résultats. Le *gardénal* à la dose de 1 ou 2 centigr. agirait sur les quintes. L'*adrénaline* a été recommandée par L. Dumont à la dose de 3 à 5 gouttes, répétées toutes les trois heures, selon l'âge ; vous pourrez l'employer dans la thérapeutique de la coqueluche, mais sans espérer trop de son action.

On pourrait employer les *injections d'éther*, préconisées par Audrain, de Caen, répétées tous les jours pendant un certain nombre de jours. Weill et Dufourt en auraient également obtenu des résultats avantageux, quoique quelquefois elles soient horriblement douloureuses. Elles donnent lieu parfois à des abcès ou tout au moins des irritations cutanées marquées. Un cas d'infection gangréneuse suivie de mort, par piqûre d'éther, a été publié ; je crois donc pour ma part qu'il ne faut pas y recourir qu'exceptionnellement.

On a encore essayé certaines médications antiseptique, des voies aériennes, notamment la médication soufrées en particulier le sulfolitholate d'ammonium, c'est-à-dire la *Sulfoléine*. Elle donne des résultats, de même que la *Soderséine* et diverses autres spécialités connues.

Vous pourrez quelquefois recourir à la *vaccination jennérienne*, dont on aurait obtenu des résultats, mais qui semble une médication bien empirique.

L'arsenic est une médication utile à la période de déclin de la coqueluche, sous forme de liqueur de Fowler à doses progressives, ou de granules de Diascoride, ou d'arrhénal ; cette médication peut donner des résultats pour remonter l'état général et aider à faire disparaître les séquelles de la coqueluche.

***

La coqueluche est une maladie qui à toutes ses périodes est susceptible d'avoir des *complications* qu'il faut traiter : ulcérations du frein de la langue, hernies, prolapsus du rectum et autres complications locales, spasme de la glotte, broncho-pneumonie par infection secondaire, etc. Je laisse de côté le traitement de ces complications ; qu'il s'agisse de complications mécaniques, de complications diverses, d'infections secondaires ; il n'offre rien de spécial à la coqueluche.

Mais je veux vous rappeler la fréquence des infections secondaires pour insister sur la nécessité de l'isolement individuel et de la surveillance du coquelucheux.

Il faut se souvenir qu'il y a deux catégories de coquelucheux : ceux qui ont une *coqueluche bénigne* : ce sont heureusement les cas les plus fréquents ; à ceux-là vous

© BIU Santé

ferez avant tout un traitement hygiénique auquel vous joindrez des inhalations d'eucalyptus, de drosera, de l'antipyrine, etc., une série de médications simples.

Il y a aussi des *coqueluches graves* par le nombre des quintes et par les réactions nerveuses : dans ces cas-là, il faut des médications plus actives ; vous serez parfois autorisés à vous servir de la belladone, voire même de l'opium, mais, en réalité, dans la plupart des cas que vous soignerez, en ville, tout au moins, vous n'aurez pas affaire à des coqueluches nécessitant de grands moyens thérapeutiques : alors il faut vous rappeler que la coqueluche est une maladie à petits soins ; il faut surveiller de près son malade, modifier la médication selon les circonstances et selon les nécessités familiales, savoir traiter les complications quand elles surviennent.

Il faut se souvenir que la coqueluche laisse l'enfant anémié, amaigri et faisant souvent de l'adénopathie trachéobronchique secondaire comme après la rougeole. Par conséquent, après une coqueluche il ne faut pas s'étonner de voir l'enfant tousser encore longtemps, il est prédisposé aux bronchites.

Le *coquelucheux convalescent*, comme le rougeoleux convalescent, se trouve bien après l'examen du médecin, une fois la maladie terminée, de l'aération, du changement d'air. A cet égard on peut conseiller certaines cures hydrominérales particulièrement utiles. C'est le triomphe de Saint-Honoré, du Mont-Dore, de la Bourboule, etc.

La coqueluche est donc une maladie nécessitant l'intervention médicale dans un très grand nombre de cas, et vous voyez que nous sommes bien loin de la période ancienne où l'on traitait la coqueluche par la saignée et par les purgatifs ; nous pouvons actuellement soigner le coquelucheux par un certain nombre de médications appropriées et logiques ; de plus, nous pouvons ne pas l'isoler trop longtemps afin qu'il ne soit pas arrêté dans sa vie familiale et scolaire, puisque nous savons que la coqueluche n'est contagieuse que dans les trente jours qui suivent l'apparition de la première quinte. Il y a là un certain nombre de notions nouvelles sur lesquelles il n'était pas inutile d'insister devant vous.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE

Colonialites et stations hydrominérales françaises

La pathologie du colonial rapatrié est celle des *séquelles* : le colonial traîne, en général, après lui des suites plus ou moins rebelles des affections diverses dont il a souffert pendant son séjour dans la zone intertropicale et qu'englobe le néologisme générique de colonialites.

Ces séquelles peuvent se schématiser en :

a) *Séquelles gastro-intestinales* : parasitaires, toxialimentaires ou toxiques.

b) *Séquelles hépatiques* : surtout paludiques ou toxi-intestinales.

c) *Séquelles sanguines* : ce sont les anémies diverses, infectieuses ou toxi-infectieuses.

d) *Les intoxications* diverses et mal définies.

Ces séquelles sont rarement aussi différenciées ; il n'y a pas entre elles de cloisons étanches. Plusieurs organes sont, d'habitude, mais à des degrés divers, touchés à la fois. Le traitement de la lésion dominante a, le plus souvent, des effets heureux sur les troubles concomitants, lesquels sont, fréquemment, en état d'interdépendance intime. Il est exceptionnel qu'une colite post-dysentérique ne s'accompagne pas d'accidents hépatiques et qu'un « beau foie » paludéen ne se rencontre pas, avec un degré plus ou moins marqué d'anémie. Or le traitement de la colite améliore le foie, tout comme l'anémie se modifie, à mesure que le foie palustre revient à la normale.

La richesse de la gamme thermale de la France est considérable. Et devant cette infinie variété de sources, faire un choix peut paraître difficile. C'est pour simplifier la tâche des médecins de l'armée coloniale et des médecins exerçant loin de la mère patrie, qu'avec M. Abbatucci, le Dr Matignon a écrit le *Bréviaire thermal des coloniaux* (1).

Etant donnée la richesse exceptionnelle de notre pays en stations hydrominérales, il pourra paraître surprenant, au lecteur non prévenu, de ne trouver mentionnées, dans ce travail *que six stations thermales*. Le sous-titre du *Bréviaire* « Guide clinique pour le choix des stations thermales pour séquelles d'affections coloniales » lui expliquera la raison d'une sélection, en apparence aussi sévère.

Il y a, dans le colonial, deux malades possibles ; l'un atteint d'une affection qui s'observe aussi bien en France qu'aux tropiques ; l'autre qui souffre de séquelles de maladies conditionnées par le séjour aux pays chauds. Ces séquelles seules nous intéressent et elles peuvent trouver facilement le soulagement ou la guérison dans six stations thermales.

Les *séquelles gastro-intestinales* sont justiciables de Châtel-Guyon, de Plombières, de Brides-Salins.

Les *séquelles hépatiques* iront soit à Vichy, soit, dans quelques cas, à la Bourboule ou à Châtel-Guyon.

Les *séquelles sanguines* se réclament de la Bourboule.

Les *intoxiqués* devront faire une cure de lavage à Royat.

***

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX. — Les *eaux de Châtel-Guyon* sont, avant tout, régulatrices des fonctions intestinales : excito-motrices de la fibre musculaire gastrique et intestinale, excito-sécrétoires des glandes intestinales et des glandes annexes, du foie en particulier, désinfectantes, et partant désintoxicantes. Elles sont, en outre, et c'est là un de leurs effets les plus intéressants chez les coloniaux, « cicatrisantes » c'est-à-dire qu'elles favorisent la guérison des états inflammatoires (colite) et même ulcératifs de l'intestin (vieilles lésions dysentériques, par exemple).

Ainsi, devront être envoyés à Châtel Guyon les coloniaux qui ont besoin de régulariser, de désinfecter leurs voies digestives, de les débarrasser de restes d'inflammation. Ce seront les paresseux de l'estomac et de l'intestin, sujets souffrant de fermentations, de constipation ; ce seront les porteurs de lésions ou de suites de lésions de dysenterie, de diarrhée de Cochinchine, de sprüe, affections cataloguées *colites* et caractérisées par des selles fréquentes, pâteuses, sanguinolentes parfois fétides, impérieuses, avec ventre plus ou moins sensible. Ce seront certains foies : le *foie colonial*, le foie paresseux *the torpid liver* des Indes, qui résultent du surmenage de la glande

(1) J.-J. MATIGNON et S. ABBATUCCI. — Le *Bréviaire Thermal des Coloniaux*, un petit volume très richement illustré. Maloine, éditeur, Paris, 1924.

© BIU Santé

du fait de troubles gastro-intestinaux, de mauvais régime, d'excès de table etc... Ce seront nombre d'intoxiqués, d'anémiés et de déminéralisés.

La cure a, comme base, la boisson, à petites doses, d'une eau riche en Mg Cl, aidée de l'hydrothérapie : bains décongestifs des organes abdominaux, avec douche sous-marine ou application de grands cataplasmes de boues végéto-minérales très chauds pour les ventres et les foies sensibles. Enfin, c'est la rééducation quand ce n'est pas l'éducation alimentaire, grâce à l'observation de régimes intelligemment compris.

***

Alors que les eaux de Châtel-Guyon sont toniques, excitantes, réminéralisatrices et désinfectantes, celles *de Plombières sont surtout éminemment sédatives*. Elles calment les ventres douloureux. font cesser les spasmes violents, apaisent ces « nerfs à fleur de peau » qui ne demandent qu'à souffrir. De là, leur effet salutaire sur les névrites post-paludiques par exemple.

Mais ces eaux s'adressent surtout aux intestinaux, avec douleurs abdominales, hyperesthésiques solaires ; grands spasmodiques avec constipation ; diarrhéiques souffrant de la forme séreuse en particulier ; tous ces malades enfin jusqu'ici étiquetés comme relevant de cette *entéro-névrose*, dont la coprologie commence à restreindre les limites.

Les phénomènes douloureux dominant la scène, on ne voit trop souvent chez ces malades que l'algie et on oublie d'en rechercher la base lésionnelle, diarrhée de Cochinchine, dysenterie, sprüe ayant laissé des adhérences, des coudures intestinales, des foyers de colite, des points de névrite. Ces malades sont ou des constipés rebelles — ce ront encore les plus fréquents — ou des diarrhéiques sédeux qui sentent toujours plus ou moins leur ventre, sont les secousses, le froid, exagèrent les douleurs et font faire des selles glaireuses, sanguinolentes, avec impression d'évacuation incomplète de l'intestin, d'où la fâcheuse tendance à recourir aux grands lavages qui exaspèrent le mal.

Ces malades sont très soulagés par Plombières dont la thérapeutique est purement externe : des bains d'eau radioactive, longs, délicieux, calmants, qui vous laissent une sensation de bien-être, avec fatigue légère, mais agréable, due à la profonde détente nerveuse qu'ils déterminent.

***

Brides-Salins-Moutiers est la station des constipés rebelles et atones, des foies congestionnés, chez des sujets anémiés, car la cure est double, les deux stations jumelles se complètent : Brides, par sa boisseau d'eau sulfatée sodique et magnésienne qui stimule intestin et foie ; Salins, par ses bains riches en chlorure de sodium, qui sont un tonique excellent pour des organismes débilités.

***

Séquelles hépatiques. -- *Vichy* fut pendant longtemps la seule station fréquentée des coloniaux. Elle fut la première à recevoir nos éclopés abdominaux des campagnes coloniales. La clinique et le laboratoire ont un peu réduit son domaine, en matière de pathologie exotique, mais elle n'en reste pas moins la grande station des coloniaux. Sa réputation est mondiale et méritée. On avait même établi pour elle, cette formule dont on avait voulu faire une équation pathologique : Colonies = foie ; foie = Vichy ; donc Vichy = colonies. Formule séductrice, mais vérité approchée comme toute mathématique introduite dans la biologie.

L'hôpital militaire de Vichy a été, pendant ces 15 dernières années, un centre unique d'observations des affections coloniales justiciables des eaux de Vichy, et sa doctrine, aussi sage que clinique, nous montre, comme vraiment relevables de la station, les affections hépatiques consécutives au paludisme, les suites d'abcès du foie, les foies coloniaux, séquelles qui, à elles seules, représentent la majorité de la pathologie du colonial rapatrié.

Un foie sain est, toujours, plus ou moins éprouvé par le paludisme. A plus forte raison, un foie déjà touché par une dysenterie, surmené par des excès de régime, sera-t-il d'autant plus éprouvé. On peut dire que tous les anciens paludéens ont un foie à soigner. Mais, quand envoyer ces malades à Vichy ? Seulement en période de calme ; lorsque le paludisme est refroidi, passé à l'état chronique. Y aller trop tôt en relevant d'un accès, serait une imprudence : on réveillerait une crise de fièvre qui interromprait la cure. Mais, au colonial pressé par le temps, sortant, depuis quelques mois, de crises de malaria et dont le foie doit être soigné, je dis « avant Vichy, faites une cure de stérilisation de vos hématozoaires à la Bourboule, tonifiez votre organisme. Ensuite, vous pourrez utilement affronter Vichy »,

Les foyers partiels d'hépatite, suites de l'abcès du foie se trouvent à merveille à Vichy. J'en dirai autant du « foie colonial » ce foie un peu gros, qui s'accompagne d'un teint jaune terreux, et qui n'est qu'un aboutissant d'écarts de régime, d'alcool, d'entérite, de la chaleur humide ; organe paresseux qui se vide mal, qui donne une « bile épaisse » coulant lentement ; Vichy la fluidifie, décongestionne l'organe et rétablit, de ce chef, les fonctions digestives défaillantes.

Il a été parlé, plus haut (1), *des faux hépatiques coloniaux* justiciables surtout de Châtel-Guyon.

***

Séquelles sanguines. — A *La Bourboule*, le colonial trouve une eau tonique et reconstituante par son As et un climat d'altitude, éminemment vivifiant. C'est dire que la Bourboule est la station idéale pour les anémiés tropicaux, qui sont tous des impaludés.

Pendant la guerre, plus de 3000 paludéens ont été soignés dans cette station. Ce fut un champ unique d'expérience et d'observation cliniques, qui permit de préciser les indications de la cure. Il faut envoyer à La Bourboule le *paludisme éteint*, c'est-à-dire dont les derniers accès remontent à 4 mois. Les anémies les plus rebelles disparaissent, le sang refait ses globules et le taux de l'hémoglobine se relève. Mais en même temps que le sang se refait, les parasites disparaissent. Les gros foies paludéens, les rates volumineuses, reprennent leurs dispositions normales et ceci, en quelques semaines, et grâce à l'As que la nature fournit à l'état colloïdal, c'est-à-dire sous la forme la plus assimilable, en même temps que la plus active.

Mais il n'y a pas que le colonial anémié et impaludé : il y a aussi les enfants lymphatiques, pâlots, mal venus, ayant souffert du climat, de mauvaises conditions d'hygiène, d'un lait défectueux, fourni par une mère anémiée et impaludée, elle aussi ; qu'ils aillent, avec les parents, faire une cure et très vite ils reprendront des couleurs,

(1) Voir l'article de M. Matignon, p. 395.

© BIU Santé

car La Bourboule est le paradis des enfants débiles, lymphatiques et scrofuleux.

⁂

INTOXICATIONS DIVERSES. — Quand on a fait, dans les coloniaux rapatriés, le grand triage des séquelles gastro-intestinales, hépatiques et sanguines justiciables des stations dont nous venons de parler, il reste une catégorie de sujets sans lésions apparentes, qui sont pâles, un peu cireux, légèrement bouffis, asthéniés, toujours las. Ce sont des intoxiqués, victimes d'une hygiène mal comprise, de conditions d'habitat défectueuses, trop chaud ou trop humide, de surmenage de toutes sortes. L'homme, qui a longtemps séjourné dans une zone intertropicale peut être comparé à un bateau qui a longtemps bourlingué. A son retour d'une campagne lointaine, même si sa coque paraît en bon état, on le fait « passer au bassin pour être resuivi ». Il en est de même pour le colonial. Il a besoin de passer au bassin pour un lessivage. A ce point de vue les eaux de *Royat* sont précieuses : les bains carbogazeux, en assouplissant, en tonifiant et en régularisant le système circulatoire, favorisent les échanges nutritifs. Les eaux de boisson, légèrement arsenicales et ferrugineuses, très diurétiques, débarrasseront l'organisme de ses « humeurs peccantes » et en trois semaines feront de notre intoxiqué un tout autre homme : les propriétés lixiviantes de Royat, chez les coloniaux, devraient être mieux connues qu'elles ne le sont.

Ainsi, avec l'aide de *six stations thermales françaises*, les colonialites peuvent, mieux qu'avec les meilleures drogues, être toujours amendées, le plus souvent guéries, par un traitement simple, dans des stations riantes où le malade, suivant l'adage latin, est sûr de joindre l'*utile dulci*.

P. M.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Médecine Française à Constantinople

On ne connaît pas suffisamment ici les efforts de ceux qui vont à l'étranger rappeler que la culture française est une force bien vivante et contribuer à sa diffusion. On ne se rend pas assez compte des difficultés de leur œuvre en même temps que de sa valeur réelle. En particulier, à considérer un centre comme Constantinople, il n'est pas sans intérêt de rappeler l'action de nos compatriotes qui ont travaillé et agi pour soutenir notre renom et en même temps pour le plus grand bien des Turcs eux-mêmes. Chacun sait combien notre influence y fut importante et sympathique aux Ottomans cultivés. Bien des choses ont passé et nous avons, malheureusement, perdu un terrain précieux.

Ainsi vaut-il de mettre en lumière l'œuvre d'un homme comme le Pr G. Delamare, chargé pendant 3 ans (1921-24) de la chaire de Médecine exotique à la Faculté de Haïdar Pacha. Certes, les conditions n'étaient pas des plus favorables : ressources matérielles très faibles, outillage fort insuffisant, absence d'encouragements et de soutien. De plus, il fallait lutter contre diverses tendances qui ne sont pas très sympathiques aux étrangers, surtout à nos compatriotes, dans la jeunesse intellectuelle turque et parmi ceux qui la dirigent. Enfin, il fallait tenir tête à pas mal de préjugés enracinés dans la société de la ville, préjugés qui ne facilitent pas précisément la diffusion d'idées médicales d'allure moderne et scientifique.



La Faculté de médecine de Haïdar Pacha, vue de la route de Scutari.

Malgré tout, avec une énergie d'apôtre, le Pr Delamare est arrivé à mettre sur pied et à maintenir pendant trois ans un enseignement théorique et pratique de la pathologie exotique. Par les leçons magistrales, les présentations cliniques, les travaux de bactériologie et d'histopathologie, il est parvenu à grouper un ensemble d'élèves, à susciter en eux l'intérêt scientifique. Avec ces esprits réalistes, épris des données concrètes et attachés aux faits objectifs, il a su développer au mieux l'attrait de la culture médicale. S'appuyant au maximum sur les démonstrations visuelles : présentation de malades, examens de pièces, études de planches, il s'est efforcé de susciter dans son auditoire la formation des idées générales et de lui en démontrer la valeur. En stimulant les facultés critiques, à partir de la documentation, il s'est appliqué à réaliser « un enseignement propre à donner le goût de la recherche »

Les résultats se sont, du reste, montrés encourageants et il estime à un dixième la proportion des élèves qui seraient susceptibles de faire utilement des travailleurs scientifiques. Certes, ils n'aiment pas sentir une autorité qui cherche à s'imposer à eux, mais se laissent volontiers gagner au charme de la causerie familière qui développe l'attrait pour le travail. Avec de tels éléments on pourrait, grâce à un appui, assez discret mais suffisant, constituer une élite laborieuse dont la production théorique et les applications pratiques ne seraient pas négligeables pour la Turquie non plus que pour les sympathies qui peuvent nous unir à elle.

Il ne serait pas très compliqué de réaliser la mise en œuvre de ces projets, suivant les moyens les mieux appropriés. Par exemple, le Pr Delamare envisage la création d'une fondation médicale de Constantinople, centre de perfectionnement effectif pour les jeunes médecins turcs. Ceux-ci y trouveraient avec sympathie les collaborations étrangères et particulièrement françaises, à condition qu'elles fussent « avérées provisoires et dépourvues d'arrière-pensées politiques ou confessionnelles ».

Il reste donc à souhaiter que de tels efforts et les suggestions qui en découlent ne demeurent pas lettre morte, L'intérêt bien compris des deux civilisations, française et turque, en même temps que les conditions du progrès scientifique, ne sauraient qu'y gagner.

H. CODET.

© BIU Santé

ACTUALITÉS

Les spirochétoses intestinales

Les spirochétoses intestinales, bien qu'elles ne soient pas encore l'objet d'articles importants dans les traités classiques, constituent une entité clinique indiscutable. La littérature médicale est demeurée, jusqu'à ces dernières années, fort discrète à leur égard, puisque, de la note initiale de Escherich en 1884, au mémoire fondamental de Le Dantec en 1900, on ne rencontre que deux publications à leur sujet, de Kowalski, et de Kutscher en 1894 et 1895. Depuis le travail de Le Dantec, nouveau silence quant aux spirochètes de l'intestin jusqu'en 1911, lorsque MM. Thiroloix et Durand mirent en valeur l'efficacité du traitement arsenical ; un peu plus tard, en 1913, MM. Roux et Tribondeau montraient l'action heureuse de l'émétine. Depuis, les publications se sont multipliées sur le sujet : notamment les thèses de Hassen-Forder en 1913, et de Pecker en 1920, un article de Léger, de 1920, un mémoire important de Luger en 1921 ; enfin récemment une publication de Delamare, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, suivie d'un excellent article du même auteur dans les *Annales de Médecine*, à la suite duquel il donne une très importante bibliographie ; et deux études de Broughton Alcœck, et de Parr (cités par Delamare) permettent de se faire une idée de l'état actuel de la question.

Les spirochétoses intestinales sont fréquentes, on les a trouvées partout où on les a recherchées. Elles ne semblent pas rares à Paris et dans la banlieue, où maintes observations ont été publiées. On en a rencontré aussi dans le Nord de la France, dans le Sud-Est, dans le Sud-Ouest. Des cas ont été observés dans tous les pays d'Europe, l'Angleterre exceptée. Il en a été signalé pendant la guerre à Constantinople, à Gallipoli. Les localisations asiatiques et océaniennes seraient moins nombreuses. Elles seraient beaucoup plus fréquentes en Afrique. L'Amérique du Nord paraît relativement indemne, au moins dans la région de Baltimore, où M. Hogue a vainement recherché les spirochètes intestinaux.

Presque toujours sporadiques, rarement contagieuses, exceptionnellement épidémiques, les spirochétoses intestinales se rencontrent davantage dans les grands ports, et surtout dans les régions chaudes.

Pour Luger, l'association fuso-spirochétique ferait partie de la flore normale de l'intestin. C'est dire que l'élimination de spirochètes est d'une extrême fréquence chez l'homme en bonne santé. Leur expulsion est intermittente, et augmente notablement dès qu'il existe un trouble des fonctions intestinales.

Parmi les agents extérieurs, la chaleur viendrait en première ligne comme cause prédisposant aux spirochétoses intestinales. Le rôle des irritations mécaniques, des régimes alimentaires demeure discutable. L'influence ethnique est négligeable. La dyspepsie gastro-intestinale jouerait un rôle important chez l'enfant, inconstant chez l'adulte. La réaction alcaline des fèces semble la condition la plus habituelle de pullulation des spirochètes intestinaux. Le facteur anatomo pathologique est d'un intérêt capital, et, au premier chef, les ulcérations chroniques tuberculeuses, cancéreuses, et surtout amibiennes. Les micro-organismes les plus variés semblent aptes à favoriser la prolifération des spirochètes de l'intestin.

Dans les spirochétoses aiguës, le premier rôle appartient sans conteste au vibrion cholérique, aux amibes dans les spirochétoses chroniques. De très nombreux autres germes ont été signalés, les expériences de Delamare, et les observations de Luger ont montré que les levures pouvaient entrer en ligne de compte.

Les parasites en cause appartiennent au genre spironema et au genre tréponema. Les spironèmes sont très polymorphes, leur longueur varie de 3 à 20 μ., exceptionnellement 30 à 40 μ. Leur épaisseur est de 0 μ. 2 à 0 μ. 4, ils présentent 2 à 3 ondulations, pas de flagelles. Ils ne prennent pas le gram, mais se colorent faiblement par le bleu de méthylène, la thionine phéniquée, le giemsa ; plus fortement par le ziehl dilué, le violet de gentiane, l'hématoxyline ferrique. Ils ne sont pas détruits par l'eau distillée, mais sont lysés dans une solution de potasse. Leur vitalité en dehors de l'organisme est médiocre, ils semblent se multiplier par division transversale. Les tréponèmes sont généralement plus ténus. Ils rappellent assez T. Pallida, mais sont moins mobiles et d'une colorabilité nettement supérieure.

Les différents spironèmes décrits au cours des spirochétoses intestinales semblent pouvoir se ramener à deux types : S. Vincenti, qui serait d'origine buccale, et S. eurygyrata qui serait d'origine intestinale. Peut-être même des expériences de culture sur des milieux spéciaux (Hogue, Delamare) pourront-elles permettre d'identifier ces deux types l'un à l'autre.

Les tréponèmes semblent de même pouvoir être ramenés au type T. Dentium.

Notons enfin que certains auteurs tendent à admettre que spironèmes et tréponèmes sont des aspects différents d'un seul et même genre polymorphe.

La symptomatologie des spirochétoses est assez incertaine, et la pullulation de ces parasites dans l'intestin peut donner lieu à des accidents cliniques d'aspect varié :

On peut avoir affaire à une *entérite catarrhale aiguë* caractérisée par des selles liquides, jaunes ou brunes, exemptes de glaires, s'accompagnant de colique, parfois de vomissements ; il y a parfois un mouvement fébrile, la guérison est, dans la règle, rapide et spontanée. Les *entérites chroniques* sont plus graves, surtout du fait de leur ténacité qui entraîne une altération profonde de l'état général. Les *entérites gangréneuses* sont rares. Les *entéro-colites algides* revêtent tout à fait l'aspect clinique du choléra, leur évolution est toujours rapide, et grave, et se termine toujours par la mort en cinq à six jours ; il s'agit toujours dans ces cas d'une association spirochéto-bactérienne. L'*entérocolite hémorragique bénigne* a un début brusque ; sans cause évidente les selles deviennent liquides, atteignent le nombre de 8, 12, 18 par 24 heures, ont une coloration brune, une odeur fade. Elles contiennent parfois des flocons muqueux, beaucoup de leucocytes, des hématies normales inaltérées, un grand nombre de cellules épithéliales. Les douleurs sont tardives, ou manquent, le ténesme fait souvent défaut. A l'examen du malade l'abdomen est légèrement météorisé, il existe des gargouillements intestinaux, une augmentation passagère du volume du foie et de la rate, quelques douleurs dans la région vésiculaire. Les malades se plaignent de malaises, de frissons, d'anorexie, leur température atteint 37°9. Les yeux sont excavés, la langue est sèche, fissurée, la peau déshydratée. Il y a toujours un peu d'anémie, l'urobilinurie est constante. L'évolution est le plus souvent rapidement favorable, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de la tannalbine ou du bleu de méthylène. Cette entérocolite hémorragique est causée par S. Eurygyrata, accompagnée de quelques rares fusiformes. L'existence de ce type monoparasitaire justifie, semble-t-il, l'isolement clinique et nosographique des spirochétoses de l'intestin.

L'*entérocolite à rechutes* se différencie de la précédente par son évolution intermittente et sa sensibilité au traitement arsenical : des crises douloureuses, diarrhéiques, fébriles, succèdent à des périodes plus ou moins longues de constipation. Les matières fécales sont souvent très fétides. Les douleurs abdominales sont parfois légères, d'autres fois, vives, diffuses, suivies de diarrhée, de sueur, de température à 38°5. Les symptômes généraux sont calqués sur ceux de la forme précédente, le pronostic est bénin, et la guérison a été rapidement obtenue par l'ingestion de comprimés de narsénol.

Les *entérocolites fétides* sont primitives, ou consécutives à l'amibiase. Elles peuvent avoir une évolution aiguë avec

© BIU Santé

douleurs, météorisme abdominal, congestion hépatique, déshydratation, et guérison rapide sous l'influence d'un purgatif salin, ou d'une injection d'arsénobenzol. D'autres fois, elles ont une évolution subaiguë, se signalant par une diarrhée matinale à odeur infecte, avec ténesme rectal, douleurs à la palpation des côlons, amaigrissement important. Les selles contiennent de très nombreux spirochètes: on n'y a jamais constaté d'amibes libres ou enkystées. Cette diarrhée qui peut résister à toute médication pendant des semaines, s'amende parfois en 48 heures par une injection de salvarsan. Dans cette forme la localisation serait prédominante au niveau du cadre colique, et le parasite en cause serait le S. Vincenti.

Les *appendicites à spirochètes* ont été mises en évidence. Elles peuvent être le point de départ de bactériémies, ou de spirochétémies, comme dans l'observation de Thiroloix et Durand, dans laquelle l'état général très grave du sujet est amélioré après deux injections intra-veineuses de 606.

La *recto-sigmoïdite dysentérigène*, décrite par Le Dantec sous le nom de dysenterie spirillaire, revêt l'aspect clinique d'une dysenterie subaiguë ou chronique de moyenne intensité. Au début d'une poussée aiguë, l'examen microscopique des selles révèle un nombre incommensurable de spirochètes, avec parfois disparition complète, ou presque, de la flore microbienne banale. A la fin des poussées, les microbes intestinaux réapparaissent, les spirochètes se raréfient ou disparaissent complètement, peuvent parfois persister en petit nombre après la guérison clinique. Le foie est parfois douloureux, la rate demeure normale. La température peut atteindre 38°5, 40°. L'état général est parfois très atteint dans les formes sévères. La guérison est le plus souvent obtenue en 20 jours au maximum, par des injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Les *spirochétoses latentes* sont extrêmement fréquentes, rencontrées chez des sujets sains, chez des cancéreux, chez des tuberculeux ; elles présentent un intérêt particulier chez les *amibiens*, du fait des modifications qu'elles paraissent capables d'apporter à l'évolution et au pronostic des amibiases chroniques : en provoquant des crises de diarrhée fétide, en faisant obstacle à la cicatrisation des ulcères intestinaux, en expliquant certains succès séduisants du traitement arsenical. La rareté des amibes dans ces selles, la pullulation des spirochètes, les résultats médiocres du traitement par l'émétine, l'amélioration obtenue par l'injection intraveineuse de novar et par l'ingestion de pâte de Ravaut, caractérisent ces amœbo-spirochétoses.

Les spirochétoses de l'intestin sont donc extrêmement fréquentes, et en présence de troubles intestinaux mal déterminés, résistant aux médicaments et aux régimes usuels, il faudra penser à la possibilité d'une spirochétose intestinale. De même en présence d'un syndrome dysentérique insensible à la sérothérapie ou à l'émétine, et particulièrement sensible au salvarsan.

L'examen microscopique des selles permettra le plus souvent d'affirmer le diagnostic. Il sera facile de distinguer les spirochètes des spirilles de dimension plus considérable et plus aisément colorables.

Il faudra rechercher les associations possibles, et soupçonner le vibrion cholérique dans les formes aiguës avec état général grave, l'amibiase dans les formes chroniques. L'amélioration considérable par l'émétine plaidera en faveur de l'importance d'une infestation amibienne.

Si, au contraire, le salvarsan détermine à lui seul une guérison durable, le diagnostic de spirochétose primitive paraît pouvoir être porté.

Le pronostic des spirochétoses intestinales est en général bénin, sauf dans les formes subaiguës ou chroniques ; celles-ci sont souvent méconnues ou considérées comme négligeables ; par suite elles peuvent occasionner des diarrhées chroniques résistant au traitement et épuisant les malades.

On voit combien il peut être intéressant et utile de connaître l'existence de ces spirochétoses intestinales, et d'autant plus que les arsénobenzols, le bleu de méthylène, le bismuth, le bismoxyl (mélange de bismuth et de foie), nous donnent des moyens thérapeutiques d'une extrême efficacité.

Jean OLLIVIER.

IXe CONGRES DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris les 26-27-28 mai 1924

Le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire.

Rapporteur : M. *Vervaeck* (de Bruxelles).

La sanction pénale ne doit pas nécessairement avoir un caractère répressif, à côté des pénalités s'adressant aux délinquants normaux, susceptibles d'être influencés par un régime de punition ou de privation, il faut prévoir : des mesures d'élimination sociale, visant ceux que l'expérience démontre être incapables de s'y adapter, en raison de leurs tares héréditaires ou acquises ; des sentences d'ordre éducatif ou de préservation pour les délinquants juvéniles qu'il importe avant tout de protéger et d'instruire, enfin des sentences à portée thérapeutique, confiant au médecin et au psychiatre les divers groupes de criminels débiles, déséquilibrés ou malades.

Dans la première partie l'auteur esquisse l'évolution des régimes pénitentiaires qui se basaient autrefois sur les principes de répression et d'intimidation, alors qu'aujourd'hui ils tendent à accorder une importance primordiale au traitement médico-mental, au relèvement moral et au reclassement social, dont l'application se trouve facilitée par la sériation thérapeutique des condamnés dans les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire.

Il justifie ensuite sa thèse, suivant laquelle le traitement des criminels jugés irresponsables par les experts et dont les tendances restent dangereuses pour l'ordre social, doit être maintenu dans le cadre pénitentiaire. Mais les droits du malade à être considéré et soigné comme tel doivent être respectés.

Si l'auteur a préféré le terme pénitentiaire à celui plus expansif de défense sociale, c'est dans un double but ; c'est d'abord de maintenir les principes de répression et d'intimidation lorsqu'il s'agit de criminels morbides, lorsqu'ils sont influençables c'est ensuite d'utiliser, après les avoir transformés, les établissements pénitentiaires existants.

Dans ces conditions, le terme pénitentiaire s'appliquant dans son sens élargi, à tous les criminels, normaux ou anormaux ayant prouvé leurs tendances dangereuses, ne saurait offusquer le médecin et le psychiatre.

Un premier argument en faveur de cette conception est d'ordre pénal.

Aucune règle logique ou équitable ne préside aujourd'hui à la répression des délits et des crimes commis par les malades et anormaux de l'esprit ; pour des motifs divers, les uns sont condamnés sévèrement, d'autres traités avec indulgence, d'autres encore assimilés aux aliénés et renvoyés des poursuites, les uns étant internés, d'autres laissés en liberté.

Au surplus les aliénés criminels apparemment guéris sortent en général trop tôt de l'asile et, l'expérience le prouve, ils s'en évadent plus facilement que d'une prison.

Un second argument est d'ordre médical. En analysant la documentation anthropologique actuelle des prisons belges — 8500 observations complètes de condamnés — et en la comparant aux indications que le Dr *Vervaeck* a pu réunir sur les caractères mentaux et biologiques des aliénés criminels colloqués en Belgique en ces dernières années, ont est frappé de la grande analogie anthropologique qui existe entre ces deux groupes de délinquants, qui sont les uns condamnés, les autres internée dans un asile.

Cette analogie s'établit par les constatations suivantes :

1. — Le groupe de criminels judiciaires déclarés irresponsables ne se compose pas exclusivement d'aliénés au sens médical de ce terme : sa majeure partie est composée de psychopates constitutionnels, qui sont avant tout des antisociaux dangereux, dont les réactions démentielles sont accessoires, ou tout au moins passagères.

2. — Parmi les délinquants qui ont été condamnés on retrouve un certain nombre de vrais aliénés, dont l'affection a été méconnue au cours de l'instruction ou ne s'est révélée que tardivement en prison. D'autres condamnés ont été atteints de

© BIU Santé

réactions démentielles après une détention plus ou moins longue. En Belgique ces deux groupes de condamnés représentent 30 % des aliénés criminels internés dans les asiles de l'Etat.

3. — Enfin on observe, en bon nombre, parmi les délinquants tarés, dont la responsabilité a été jugée atténuée et qui de ce fait ont été condamnés à des peines moindres, les mêmes psychopathes et pervers constitutionnels que ceux que l'on trouve dans les quartiers d'asile, réservés aux criminels irresponsables.

Il est en effet dans les asiles de l'Etat, à Tournai et à Mons, une proportion de 65 à 70 % d'irresponsables qui ne sont pas de vrais aliénés mais avant tout des psychopathes contitutionnels, peu susceptibles de guérison stable : ils ne diffèrent guère ou pas du tout des demi-fous que l'on condamne à la prison. En pratique, la décision d'envoi des criminels anormaux ou malades à l'asile ou à la prison, dépend en dernière analyse de l'appréciation des experts-psychiatres.

Quoi qu'il en soit de cette dénomination, en maintenant dans le cadre pénitentiaire la garde et le traitement de tous les criminels anormaux, intoxiqués ou malades, que leurs tendances rendent dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage, on réaliserait une réforme plus énergique, plus scientifique et plus humaine.

Après discussion, à laquelle ont pris part MM. Coloyanni (du Caire), H. Claude, Desclaux (de Nantes), Donnadieu de Vabres (de Paris), Veraeck (de Bruxelles), H. Collin, Toulouse, Briand, Ley (de Bruxelles), Heger-Gilbert (de Bruxelles), Parisot, Verstraeten et Duchateau (de Gand), Balthazard, Vermeylen (de Gheel), Tysebaert (de Bruxelles), Vervaeck (de Bruxelles), le vœu suivant est proposé par M. le professeur *Etienne Martin* (de Lyon) et adopté à l'unanimité :

« Le IXe Congrès de médecine légale de langue française exprime le vœu que l'administration pénitentiaire française institue dans le cadre pénitentiaire les services nécessaires pour le relèvement physique et moral des détenus par le traitement médical des maladies dont ils peuvent être atteints, par l'organisation du travail, de l'éducation sociale, et favorise par tous les moyens le développement de la psychiatrie, de la prophylaxie et de l'hygiène mentale ».

Tabès et accidents du travail.

Rapporteurs : MM. les professeurs *Verger et Lande* (de Bordeaux)

Les auteurs admettent ce principe qu'à l'heure actuelle il ne peut plus être question de tabès traumatique. La condition nécessaire étant une syphilis antérieure, un traumatisme quel qu'il soit ne peut faire apparaître le tabès chez un sujet non syphilitique. Les rapporteurs même n'ont pas trouvé de documents suffisamment probants pour permettre de considérer le traumatisme périphérique ou central comme une cause favorisante de tabès.

Mais il n'est pas douteux qu'une fois le tabès installé un traumatisme puisse modifier l'évolution de la maladie et faire apparaître des symptômes qui, vraisemblablement ne se seraient pas produits sans lui. Cette proposition peut être démontrée pour des cas de fractures spontanées, d'arthopathies tabétiques, d'incoordination ataxique. C'est dans ces trois ordres de faits que l'influence du traumatisme apparaît avec la plus grande netteté, le traumatisme étant externe ou parfois un effort.

Dans la plupart des cas connus l'accident a pour conséquence la révélation d'un état tabétique latent et ignoré. Mais l'accident le plus souvent est en même temps aggravateur de la maladie.

La question de l'état antérieur se pose au point de vue médico-légal. Il y a lieu de l'envisager sous deux aspects : démonstration de l'état tabétique, appréciation de l'action, c'est-à-dire valeur médico-juridique de cet état dûment démontré.

Avec des exemples, les auteurs montrent que l'évaluation médico-légale doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident, *mais non sur la maladie considérée en elle-même*. La responsabilité de l'accident vis-à-vis des symptômes nouveaux d'ordre tabétique apparus à sa suite sera admise, mais sera limitée cependant par des localisations, de temps, de relation.

Dans le cas de la révélation du tabès, non par un accident banal en lui-même, mais à l'occasion de cet accident, ou bien la lésion accidentelle évoluera normalement et le tabès n'entrera pas en ligne de compte, ou bien son évolution sera influencée par le tabès et l'on prendra pour base du calcul de l'invalidité toutes les conséquences de l'accident sans essayer de distinguer entre celles qui en découlent normalement et celles qui n'en résultent que par l'intervention de la maladie.

Un autre cas type enfin est celui où l'accident lui-même, par les seules conditions où il s'est produit, est révélateur du tabès en ce sens qu'il resterait autrement inexplicable. Ici il faudra d'abord établir la réalité de l'accident au sens de la loi de 1898, puis évaluer l'invalidité *en tenant compte seulement de la lésion accidentelle*, et de ses conséquences directes ou indirectes.

Si, l'affaire une fois réglée, une aggravation se produit avant l'expiration des délais de révision, il y aura lieu pour l'expert de distinguer entre les cas qui pourraient se présenter :

1° Aggravation causée par l'apparition de complications siégeant au lieu même de l'accident primitif et manifestement due à l'évolution de la lésion causée par cet accident dans les conditions de terrain créées par le tabès ;

2° Aggravation par des symptômes à l'origine desquels on peut placer l'immobilisation au lit ou le changement de vie résultant de l'accident, cas dans lesquels il serait difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la complication survenue, quelque prépondérante que soit l'influence de l'état tabétique ;

3° Enfin aggravation de symptômes nouveaux impossibles à relier directement ou indirectement à l'accident, mais habituels dans l'évolution du tabès, et par suite, non susceptibles de justifier une instance en révision.

Discussion.

M. André Léri (de Paris) appelle l'attention sur les agnosies ou amnésies motrices fonctionnelles qui peuvent atteindre les tabétiques, ataxiques, latents ou « en puissance », non seulement à la suite d'un alitement, mais parfois brusquement, à l'occasion d'une émotion par exemple. Bien des tabétiques, comme des hémiplégiques d'ailleurs, ne marchent plus automatiquement, mais seulement à l'aide d'une attention soutenue ; qu'une brusque émotion survienne, l'attention défaille, et le malade qui « perd la tête » perd en même temps les jambes ; il est cloué sur place, trémulent et immobilisé. M. André Léri cite l'exemple d'un sujet qui, atteint de tabès incipiens méconnu fut surpris par un camion et se laissa pour ainsi dire écraser.

M. André Léri signale, en outre, l'utilité qu'il y aurait à étudier, en accumulant des documents, l'influence aggravante que peuvent avoir sur des maladies organiques du système nerveux des intoxications ou toxi-infections, dont certaines peuvent être considérées comme des accidents du travail au même titre que des traumatismes. Il en rapporte aussi un exemple.

M. Balthazard (de Paris) fait une communication sur un *cas d'arthropathie déclanchée par un traumatisme du genou*.

Un livreur fait une chute sur un sol inégal en portant un sac de charbon de 50 kg. Il présente à la suite une hémarthrose du genou droit, qui est ponctionnée quinze jours après l'accident ; on retire une quantité abondante de liquide *séro-sanguinolent*.

Le gonflement augmentant, on exécute des radiographies qui montrent les lésions osseuses caractéristiques de l'arthropathie tabétique. On constate alors chez le blessé l'abolition des réflexes rotuliens et le signe d'Argyll.

Entre temps l'articulation a été infectée par les ponctions et le malade succombe, trois mois après l'accident, de septicémie.

Il est impossible de rejeter l'influence du traumatisme sur le développement de l'arthropathie tabétique chez un ouvrier qui a été atteint d'un accident indéniable sans aucune interruption. La mort étant la conséquence d'une intervention thérapeutique malheureuse consécutive à l'accident, au point de vue de la loi sur les accidents du travail, la veuve et les enfants ont droit aux indemnisations prévues.

M. Crouzon (de Paris) pense que le traumatisme n'intervient dans la genèse du tabès qu'en le révélant. Mais il peut l'aggraver ou déterminer l'apparition de symptômes souvent locaux ; il pense qu'il y a lieu de distinguer :

1° Les cas de fractures et arthropathies provoquées par l'état tabétique, où le traumatisme doit être prouvé par une enquête délicate.

2° Les cas de fractures et arthropathies *déterminées* par un traumatisme violent et aggravées par l'état tabétique.

3° Enfin un traumatisme, pouvant immobiliser pendant longtemps un tabétique, peut déterminer une incoordination. Ces cas peuvent entraîner une indemnisation. Mais il ne saurait être question d'indemniser les conséquences lointaines du tabès.

M. Porot (d'Alger) pense qu'il peut y avoir, quoique très rarement, des tabès dus à la *commotion* nerveuse et rapporte un cas. Il souligne une cause d'erreur possible au point de vue étiologique : le syndrome pseudo-tabétique par élongation radiculaire des membres inférieurs et rapporte deux faits personnels.

M. Duvoir (de Paris) admet comme vraisemblable au point de vue médico-légal qu'un traumatisme puisse révéler un tabès latent ou accélérer son évolution générale par apparition de symp

© BIU Santé

tômes nouveaux de la série tabétique aussi admet-il, à l'occasion d'un accident du travail, la relation de cause à effet avec toutes ses conséquences pourvu qu'il y ait eu un traumatisme central réel, ainsi qu'un temps d'apparition clinique normal. La diminution de capacité ouvrière sera appréciée par la comparaison de l'état de l'ouvrier au moment de la consolidation et avant l'accident

M. L. Desclaux (de Naples) insiste sur la nécessité de l'accident du travail au sens médico-légal du mot : il faut *une violence* au cours ou à l'occasion du travail. Une fracture spontanée ne donnera pas lieu à l'indemnisation.

M. le Pr Parisot (de Nancy) signale un cas de tabes s'étant manifesté, dans les deux ans qui ont suivi une entorse tibio-tarsienne. La maladie débuta par des fourmillements et des douleurs fulgurantes dans le membre inférieur où s'était produite l'entorse.

M. Roussellier (de Marseille) estime qu'on ne peut suivre M. Parisot dans cette opinion. Ce laps de temps est trop long, et il paraît sage de ne pas outrepasser les conclusions des rapporteurs.

MM. Sorel et Riser (de Toulouse) font une communication sur *les limites et le diagnostic du prétabès ; leur intérêt médico-légal*. Ils attirent l'attention sur les difficultés de diagnostic de certains cas de tabès, ainsi que sur celui du tabès au début.

Etude médico-légale des formes rares ou anormales de l'hymen

Rapporteurs : MM. les Prs P. Parisot et Lucien (de Nancy).

L'étude des particularités anatomiques que peut présenter l'hymen, a en médecine légale une importance capitale; elle permet d'établir les diagnostics de viol, de défloration ou d'attentat à la pudeur et autorise à faire reposer sur des bases scientifiques, la dénomination véritable du crime : attentat à la pudeur ou viol.

La persistance de l'hymen intégral reste, dans l'esprit de beaucoup, synonyme de virginité, idée simpliste que ruine souvent la connaissance des formes anormales de l'hymen. Inversement, un hymen à lambeaux multiples ne signifie pas toujours défloration, mais parfois révèle une disposition rare, d'origine congénitale de cette membrane.

L'étude du développement de l'hymen permet d'établir le type morphologique primordial de cette formation et fournit les moyens d'interpréter les anomalies qu'elle peut présenter.

La première ébauche de l'hymen apparaît chez le fœtus féminin de 15 à 20 centimètres ; elle se présente alors sous l'aspect de deux saillies latérales du sinus uro-génital se développant de part et d'autre de l'extrémité inférieure de l'urèthre et du point d'abouchement des canaux de Müller. Ces replis se continuent l'un avec l'autre par une commissure intérieure et une commissure postérieure. L'appareil hyménal se compose, alors de deux portions, l'une en rapport avec le méat urinaire, véritable hymen uréthral, l'autre en rapport avec le vagin, l'hymen vaginal proprement dit.

Il est très vraisemblable que l'hymen ne représente autre chose qu'une portion du corps spongieux de l'urèthre masculin. Une semblable conception présente de nombreux avantages.

Elle permet d'expliquer l'existence de l'hymen en l'absence de tout développement de la portion inférieure du vagin. Elle rend compréhensible l'absence ou l'aplasie de cette membrane alors que le vagin présente des caractères anatomiques normaux. Elle explique enfin la présence d'un dispositif hyménal chez les pseudo-hermaphrodites masculins.

Dans son aspect primitif, l'hymen se compose de deux lèvres séparées par une fente allongée d'avant en arrière ; c'est donc la forme labiée qui représente la forme initiale et primitive de l'hymen. A la suite du développement de l'extrémité inférieure du vagin l'hymen, fœtal prend la forme en carène ; c'est encore un hymen labié mais à commissure postérieure, plus étendue. De cette forme en carème, caractéristique de l'hymen fœtal on peut faire dériver facilement les différents types que l'on observe chez l'enfant et chez l'adulte, en particulier les hymens semi-lunaires, en fer à cheval, annulaires, suivant les particularités présentées par la fente hyménale, suivant aussi l'importance des lèvres et des commissures.

Toutefois le développement des lèvres hyménales ne s'effectue pas toujours avec une régularité parfaite. Comparables en cela à toutes les autres formations de nature conjonctivo-vasculaire, les bourrelets hyménaux primitifs présentent souvent des zones d'accroissement inégal. Il en résulte la formation, au niveau des lèvres de l'hymen, de bourgeons ou de crêtes séparés par des échancrures plus ou moins profondes. Les petites saillies papillaires se concentrent plus volontiers dans le voisinage du méat uréthral. Les échancrures parfois symétriques sont loin de présenter ce caractère. Une première anomalie de l'hymen serait son absence même ou son atrophie : or cette absence réelle constitue une rarissime exception.

Cinquante expertises judiciaires faites en moins de quatre ans, sans permettre aux auteurs de poser des conclusions absolument générales, fournissent cependant des indications utiles à retenir.

La forme labiée a prédominé même chez des sujets âgés de 16 à 24 ans et d'autre part l'examen de l'hymen des nouveau-nés montre une prédominance de cette même forme.

Quelques transformations de cette disposition initiale condussent aux types en fer à cheval, semi-lunaire, annulaire.

En dehors de toute anomalie, les bords libres de l'hymen peuvent présenter : des ondulations légères, des encoches arrondies superficielles, des dentelures (hymen dentelé), des saillies multiples, minces, longues ou courtes, analogues à des villosités (hymen frangé, hymen villeux) ; dans d'autres cas, l'hymen n'est frangé que d'un seul côté, l'autre restant lisse (hymen hémi-frangé) ; ces irrégularités des bords né font pas de ces hymens des hymens anormaux.

Il existe à un point de vue absolu un hymen anormal lorsque la présence d'une membrane pleine vient obstruer complètement l'orifice vaginal.

A un point de vue médico-légal, on doit considérer comme anormales les dispositions hyménales qui pourraient :

1°) faire croire à la persistance de la virginité soit par suite de la résistance de l'hymen à la pénétration de la verge, soit par suite de l'ampleur, de l'élasticité et de la dilatabilité de la membrane, soit en raison des grandes dimensions de l'orifice hyménal.

2°) nous en imposer pour une défloration alors qu'il s'agit d'une disposition congénitale : tels sont les hymens à lambeaux multiples congénitaux dits lobés, multilobés, corolliformes.

Pour différencier la forme de l'hymen à lambeaux, des lambeaux traumatiques, on se basera surtout sur le caractère arrondi des lambeaux, l'impossibilité de les affronter, la moindre profondeur des scissures et subsidiairement leur symétrie et l'absence de tissu cicatriciel. La façon dont se rompt l'hymen dépend non de sa forme mais de sa structure.

L'intégrité de l'hymen, signe classique de la virginité est bien souvent un signe trompeur. Différentes variétés d'hymens grâce à des anomalies de forme ou de structure persistent malgré des relations sexuelles voulues ou non consenties. Tels sont les hymens que l'on retrouve au moment de l'accouchement.

Pour certains auteurs, l'intromission de la verge dans la cavité vaginale de la femme est nécessaire pour qu'il y ait viol. Les faits s'élèvent contre cette définition puisqu'une grossesse non consentie peut exister avec persistance de l'hymen.

Il y a donc également viol lorsqu'on pourra prouver que malgré la persistance d'un hymen infranchissable, il y a eu coït vestibulaire ou grossesse consécutive aux tentatives certaines d'introduction.

La législation fédérale des Etats-Unis (1901) admet que toute pénétration sexuelle, même minime, est suffisante pour consommer le crime de viol, l'intromission vulvaire en est un exemple.

Il y a lieu de se rallier à cette manière de voir.

NOTE DE PHYTOTHÉRAPIE

Les propriétés coagulantes du Thlaspi ou « bourse à pasteur » avaient été mises en lumière par Bernard de Gordon qui l'avait recommandé contre les hématémèses rebelles. Tragus et Matthiole en avaient conseillé l'emploi pour combattre les métrorragies. Mais jamais ses propriétés n'avaient été aussi bien mises en lumière que par les travaux récents entrepris par les laboratoires Lancosme qui ont créé sous le nom d'Hémodrome une association médicamenteuse (extrait fluide) composé de Thlaspi, de Berbéris et de Cupressus dont les médecins praticiens ont reconnu l'efficacité remarquable comme régulateur de la circulation veineuse.

Littérature et échantillons aux Laboratoires Lancosme, 71, Avenue Victor-Emmanuel III, Paris (8e).

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1924.

Féminisme pilaire. — MM. *Achard* et *Thiers* avaient étudié précédemment, sous le nom de virilisme pilaire, l'anomalie sexuelle qui consiste, chez la femme, en la présence de poils au visage, comme chez l'homme adulte. Ils en ont observé, chez un homme de quarante-deux ans, la contre-partie, consistant dans l'absence de poils au visage, dans certains autres caractères féminins du système pileux (pubis et région anale), dans un développement exagéré des seins, dans un timbre enfantin ou féminin de la voix. Il y a, par conséquent, chez cet homme un féminisme pilaire, qui est en rapport avec une atrophie manifeste des organes génitaux.

On ne trouve pas, chez cet homme, de symptômes d'insuffisance fonctionnelle d'autres glandes. En particulier, il n'y a pas d'hypothyroïdie. Il ne s'agit pas non plus du syndrome adiposo-génital, car si le sujet a des formes arrondies comme celles d'une femme, il n'est nullement obèse et son poids est proportionné à sa taille. Enfin, il n'y a non plus aucune inversion sexuelle d'ordre psychique.

Le virilisme pilaire s'accompagne parfois, chez la femme, de diabète ou d'insuffisance glycolytique à divers degrés. Or, dans ce cas de féminisme pilaire, il y avait un léger degré de cette insuffisance glycolytique.

Fréquence actuelle et caractères particuliers de la cirrhose alcoolique du foie chez la femme. — M. *E. Sergent* apporte, en collaboration avec M. *Pignot*, son chef de clinique, la statistique détaillée dont il n'avait pu donner qu'une impression générale à la suite de la récente communication de MM. Chauffard et Brodin. Bien que portant sur un petit nombre de cas, cette statistique, en confirmant celle de MM. Chauffard et Brodin et en s'ajoutant à elle, contribue à en accroître la signification.

Sur 14 observations de cirrhoses alcooliques recueillies pendant les années 1922 et 1923, dans un service où sont surtout hospitalisés des pulmonaires, MM. Sergent et Pignot relèvent 9 femmes et 5 hommes; en ajoutant ces chiffres à ceux de MM. Chauffard et Brodin, soit 16 femmes et 7 hommes, le total global donne 25 femmes et 12 hommes, soit un peu plus du double pour les femmes.

D'autre part, alors que chez leurs 5 hommes, MM. Sergent et Pignot ont vu, comme MM. Chauffard et Brodin, la cirrhose évoluer suivant le type commun de Laënnec, ils l'ont vue, chez leurs 9 femmes, se séparer le plus souvent de ce type commun, soit en s'unissant à la tuberculose ou à la syphilis, soit en se compliquant de poussées évolutives.

Cette statistique est donc en conformité avec les intéressants commentaires développés par MM. Chauffard et Brodin.

Un cas de mélitococcie. Vaccination curative avec phénomène d'Arthus. — MM. *Fernand Arloing* et *L. Langeron* ont observé un cas de mélitococcie qui a évolué d'une façon normale, après avoir présenté trois ondulations thermiques. La vaccination a produit chez le sujet des manifestations locales semblables au phénomène d'Arthus. L'effet curateur de la vaccination a été complet.

L'enquête étiologique n'a pas permis d'établir l'origine exacte de ce cas de fièvre ondulante présenté par un jeune vétérinaire de la région lyonnaise.

Action préventive et curative des chocs protéiques et anaphylactiques dans la rage expérimentale. — MM. *F. Arloing* et *L. Thévenot* présentent des résultats intéressants qui montrent que, chez le cobaye, les chocs protéiques ou anaphylactiques : 1° atténuent la gravité de la rage expérimentale du cobaye. Ainsi, à la mortalité rabique globale des témoins de 81 p. 100 s'oppose la mortalité rabique globale de 47 p. 100 des sujets choqués de de l'une ou l'autre manière ; 2° ralentissent la rapidité de l'évolution de la maladie (mort en douze jours chez les témoins contre dix-huit jours chez les choqués) ; 3° enrayent parfois l'éclosion de la maladie expérimentale ; 4° d'une façon générale, un choc violent protège mieux qu'un choc léger, surtout s'il s'agit d'un choc fait après l'inoculation rabique ; 5° les chocs anaphylactiques vrais sont plus actifs que les simples chocs protéiques ; 6° la peptone de caséine (soluprotine Hoffmann-La Roche) exerce la plus forte action anti-infectieuse.

Leur essais sur le lapin ont complètement échoué.

Recherches expérimentales sur le diabète nerveux. — MM. *Jean Camus*, *J.-J. Gournay* et *A. Le Grand*. — Il en résulte que le diabète insipide et le diabète sucré ne sont pas réalisés avec la même facilité, la même durée, la même intensité chez le chien, le chat et le lapin par lésion de la base du cerveau. Il y a des variations dans les résultats, qui tiennent à l'espèce animale, au genre d'alimentation, à la quantité d'eau que l'animal est capable d'ingérer, etc. Néanmoins, ces syndromes sont réalisables expérimentalement chez ces différents animaux. Les recherches anatomo-pathologiques des auteurs, forcément longues en raison du grand nombre de coupes qu'il faut pratiquer sur les centres nerveux, ne sont pas encore terminées, mais elles sont déjà suffisantes pour établir que le diabète insipide et le diabète sucré, dans les différentes espèces animales, comme chez l'homme, sont déterminées par des lésions de la base du cerveau, dans la région des centres infundibulotubériens.

Sensibilité de la surrénale aux rayons X. — M. *Zimmern*. — Quand la glande surrénale fonctionne normalement, elle est peu influencée par les rayons X ; elle l'est davantage à l'état pathologique.

La science oratoire. — M. *Marage* résume les qualités physiologiques que doit posséder un orateur pour se faire entendre de tous ses auditeurs.

Trois facteurs interviennent : l'orateur lui-même, la salle dans laquelle il parle, et les assistants.

L'énergie de la voix doit être suffisante pour mettre en branle l'appareil transmetteur des oreilles présentes.

Or, cette énergie dépend du volume et de la pression de l'air qui s'échappe des poumons sous une pression atteignant au plus 200 millimètres d'eau : la simple phrase, « Bonjour, Monsieur », exige une pression de 120 millimètres.

Les femmes se fatiguent en parlant beaucoup moins que les hommes, parce qu'elles dépensent, à cause de leur larynx plus petit, beaucoup moins d'air.

Pour la même raison, les voix de bases sont moins favorisées que les voix de ténor.

La salle peut aider l'orateur si elle est bonne au point de vue acoustique, ou lui être nuisible si elle est mauvaise. On connaît aujourd'hui les lois qui régissent l'acoustique des salles et on peut d'avance, sur les plans, savoir si la salle sera bonne ou mauvaise. Une salle est bonne quand elle n'a pas d'écho et quand le son de résonance a une durée suffisante pour renforcer le son qui l'a produit sans empiéter sur le son suivant.

Enfin, les oreilles des auditeurs peuvent être comparées à des tambours de Marey qui seraient beaucoup plus sensibles aux sons aigus qu'aux sons graves, et une voix qui porte est celle qui se fait entendre et comprendre de tous les assistants.

Les voix claironnantes à harmoniques aigus comme celle de Coquelin sont donc très favorisées puisqu'elles produisent le maximum d'effet avec le minimum d'effort.

Si on se souvient que les cerveaux auxquels aboutissent les nerfs auditifs réagissent différemment, on comprendra combien le problème est complexe et important, en un temps où l'éloquence a une influence qu'on pourrait presque qualifier de prépondérante.

Séance du 17 juin 1924.

Action des rayons pénétrants sur les capsules surrénales. — M. *Tuffier* communique l'observation d'une femme de cinquante ans qui fut soumise à un traitement de radiothérapie pénétrante sur la colonne vertébrale et la région lombaire. Elle fut soumise à plusieurs séances et, à chaque séance, elle fut prise de vomissements incoercibles avec hématémie qui la mettait dans un état des plus graves et des plus inquiétants, accidents qui ne cédèrent qu'à des injections sous-cutanées répétées

© BIU Santé

d'adrénaline, d'où l'on doit conclure que les rayons pénétrants exercent une action très nocive sur les capsules surrénales.

Tumeurs secondaires des os. — M. *Delbet*, se basant sur un certain nombre de faits, établit d'une façon très nette le diagnostic différentiel entre les tumeurs primitives et les tumeurs secondaires et en tire des déductions thérapeutiques.

Diagnostic du cancer gastrique. — MM. *Pauchet* et *Hirschberg*. — D'après une récente série de 63 gastrectomies pour cancer. Les cancers gastriques à évolution lente s'accompagnent souvent d'acide chlorhydrique libre, soit à jeun, soit après le repas d'épreuve.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut les grouper en trois catégories.

Sur 63 cancers examinés par Hirschberg, nous trouvons, dans 16 cas, de l'acide chlorhydrique libre, dont 6 à jeun et 10 après le repas d'épreuve.

Ces cas peuvent être répartis de la façon suivante :

1° Ulcéro-cancers à fond fibro-épiploïque pur ou non infiltré, à foyer néoplasique muqueux limité. — 5 cas ;

2° Cancers ulcérés à fond fibreux fortement infiltré, à foyer muqueux étendu. — 6 cas ;

3° Cancers ulcérisés analogues aux précédents, mais caractérisés surtout par une large extension du processus néoplasique et ulcéreux. — 5 cas.

Il faut souligner l'intégrité de la muqueuse dans le voisinage du néoplasme. Constatation qui cadre bien avec la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

La métaplasie intestinale large est exceptionnelle dans ces formes et, si elle est rencontrée, c'est seulement sous forme de petits îlots limités.

Aux points de vue clinique, chimique et histologique, ces cas peuvent être opposés aux cancers gastriques à évolution rapide avec anachlorhydrie et avec large métaplasie de voisinage.

Action des extraits insuliniques sur la nutrition azotée. — M. Henri *Labbé* : l'insuline accélère la nutrition, détruit l'équilibre azoté. D'après Théodoresco, la perte d'azote pourrait aller jusqu'à 30 p. 100 du total de la ration ; si on répète ou si on rapproche les injections d'insuline, la mort de l'animal en expérience s'ensuit. Cette accélération énergique des échanges semble en désaccord avec les effets cliniques de l'insuline. Il y a peut-être dans l'utilisation de cette propriété de nouvelles ressources thérapeutiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1924.

Sur l'intoxication par inhalations thérapeutiques à dose massive de vapeurs de nitrite d'amyle (à propos du procès-verbal). — M. *Hayem*, à propos de l'observation de MM. Vialard et Lancelin ayant trait à un cas d'intoxication mortelle par les vapeurs de nitrite d'amyle à dose massive, rappelle qu'il a étudié autrefois l'action des vapeurs de nitrite d'amyle sur le sang et que le nitrite ne détruit pas les globules et que dans le traitement de la tuberculose après essai sur environ 200 malades, il n'a jamais observé d'accidents imputables à ce médicament. C'est un corps sans danger même employé à doses élevées. Il ne devient dangereux que s'il est impur.

Ictère hémolytique acquis coïncidant avec une poussée de tuberculose pulmonaire. Radiothérapie myélo-splénique : présence intermittente d'isolysines au cours de l'ictère et après guérison. — *MM. Faure-Beaulieu et Mouquin* présentent un sujet actuellement en parfaite santé, qu'ils ont observé en 1921 pour une crise d'ictère hémolytique acquis avec anémie extrêmement marquée, du type plastique, évoluant en même temps qu'une poussée tuberculeuse du sommet droit. Après avoir persisté pendant six mois environ malgré des traitements ferrugineux, l'anémie et l'ictère disparurent avec une remarquable rapidité après un traitement radiothérapique (onze séances d'irradiations, cinq sur la rate et six sur le tibia). Ce cas pose une fois de plus la question délicate de la démarcation entre l'anémie pernicieuse avec ictère, l'ictère hémolytique acquis et l'ictère hémolysinique : étant données la diminution nette de la résistance globulaire et la présence d'isolysines, il semble devoir rentrer dans le cadre des ictères hémolytiques. Il faut remarquer d'ailleurs que les isolysines n'existaient que par intermittences dans le sérum sanguin sans qu'il y eût de rapport entre les crises de déglobulisation et leur présence. Leur intervention ne paraît donc pas pouvoir être incriminée dans la pathogénie de cette anémie.

L'étiologie tuberculeuse de cet ictère hémolytique ne paraît nullement douteuse, car il a débuté exactement en même temps qu'une poussée de tuberculose pulmonaire et celle-ci a guéri peu après l'ictère hémolytique. Le rapport entre la tuberculose et l'hémolyse est donc ici beaucoup plus évident que dans les autres cas étiquetés : ictères hémolytiques tuberculeux.

Quant à la thérapeutique enfin, il faut remarquer, sans vouloir leur en attribuer exclusivement le mérite, la rapidité de la guérison après quelques séances de radiothérapie de la rate et de la moelle osseuse.

Appareil simplifié du métabolisme basal. (Présentation de l'appareil). — *M. A. Guillaume*.

Appareil pour pneumothorax artificiel (Présentation de l'appareil). — *M. Breger* présente un appareil portatif.

M. Baillet (de Nimes) présente aussi un nouvel appareil à pneumothorax artificiel qui se compose essentiellement :

1° D'un injecteur de gaz formé d'un cylindre en verre parfaitement calibré, monté sur métal, dans lequel glisse à frottement doux un piston métallique rigoureusement étanche, mû par une tige à crémaillère actionnée par une molette.

Ce cylindre est gradué de 0 à 500 cmc.

2° D'un manomètre métallique anéroïde donnant avec précision et sensibilité les pressions variant de moins 40 à plus 40 cm. d'eau. Le cylindre est relié à la fois au manomètre et à l'aiguille à ponction par un tube en Y muni d'un robinet.

Les principaux avantages de cet appareil sont les suivants :

1° Par sa construction en verre et métal nickelé, il se présente avec la propreté et le fini d'un appareil chirurgical ;

2° Il est entièrement démontable et stérilisable ;

3° Il est rigoureusement étanche en raison de la parfaite adaptation du piston au cylindre ;

4° Il est d'un volume réduit (hauteur 25 cm.) et pèse 3 kg.500.

Pour l'ensemble de ces raisons, cet appareil paraît remplir avec avantage toutes les conditions que requiert l'opération de Forlanini, et constituer le type de l'appareil portatif par excellence.

Compression de la moelle dorsale par un psammome. Ablation de la tumeur. Guérison de la paraplégie. — *MM. Faure-Beaulieu et de Martel* présentent une femme de 57 ans guérie par opération d'une paraplégie qui depuis des mois la confinait au lit. Le diagnostic de syphilis spinale avait d'abord été porté, en raison d'antécédents suspects et d'une réaction de Calmette-Massol faiblement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Après échec d'un traitement spécifique suivi pendant plusieurs mois, le diagnostic de compression par tumeur fut posé en raison de : *a*) l'évolution lentement progressive inaugurée par une phase de douleurs radiculaires à la base de l'hémithorax droit ; *b*) la légère dissymétrie des troubles sensitivo-moteurs constituant une ébauche de syndrome de Brown-Séquard ; *c*) l'existence sur le tronc d'une zone d'anesthésie unilatérale à limite supérieure nette et fixe répondant au 7e segment dorsal ; *d*) l'examen du liquide céphalo-rachidien qui montre une dissociation albumino-cytologique nette, avec Wassermann et benjoin colloïdal négatifs. Le diagnostic topographique découlait de la situation de la bande fixe d'anesthésie. Pour plus de sûreté, on eut recours au lipiodo-diagnostic de Sicard qui montre un arrêt de la colonne opaque au point prévu. La malade est opérée le 17 mars ; on enlève une tumeur grosse comme une noisette qui comprimait la face postéro latérale droite de la moelle, et que l'examen histologique montra être un psammome. Les jours suivants, violent ébranlement sympathique : hyperthermie, tachycardie, chute de la pression artérielle, rétrécissement punctiforme des pupilles, sueurs profuses, inondant le tronc et les membres supérieurs. Les troubles de la sensibilité objective régressent en quelques jours et le retour de la motilité volontaire est telle que 28 jours après la malade peut faire ses pre-

© BIU Santé

miers pas. Actuellement, elle marche sans aide et sans canne, mais garde encore quelques signes objectifs de souffrances du faisceau pyramidal, signe de Babinski et clonus du pied à droite, c'est-à-dire fait, paradoxal, sur le membre inférieur qui dans la phase de paraplégie avait été le moins complètement impotent.

M. de Martel insiste sur le fait que tout arrêt du lipiodol dans le canal rachidien ne signifie pas qu'il y a une tumeur médullaire. Il insiste par contre sur la valeur du diagnostic lipiodolé pour la localisation de la tumeur médullaire par rapport aux vertèbres, ce qui est particulièrement intéressant pour l'intervention chirurgicale.

M. Léri rapporte un cas de tumeur médullaire opérée et siégeant au niveau de la IIe dorsale, confirmée par le lipiodol. Dans ce cas, il n'y a pas eu d'ébranlement sympathique.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — *M. Rist* insiste sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à propos d'une observation très intéressante. Il rappelle les erreurs commises par certains médecins qui n'ont pas recours à l'examen radioscopique et à l'examen des crachats — comme en témoigne le malade présenté. Guérison de la tuberculose lobaire excavée par le pneumothorax insufflé pendant 4 ans. Actuellement le malade peut faire 40 à 45 km. par jour et mener une vie très active.

Excavation thoracique par large déhiscence de la paroi. — *MM. Maurice Renaud et Chatagnon* montrent une tumeur infiltrante de la paroi thoracique, sarcome d'origine costale, ayant créé dans la région sus-mamelonnaire gauche une brèche de dix centimètres de diamètre donnant accès dans une vaste cavité, du volume d'une orange, dont le fond est constitué en arrière par le poumon, en avant par le cœur gauche et le pédicule des gros vaisseaux. Cette énorme lésion a été pendant de longs mois fort bien tolérée et n'a entraîné aucun trouble pulmonaire ni cardiaque.

La mort n'est survenue que par les progrès de la cachexie créée par la suppuration et la gangrène des parois de cette vaste excavation.

Azotémie mortelle avec intégrité anatomique des reins. — — *MM Lemierre, Deschamps* et *Bernard* rapportent l'histoire d'un malade mort au cours d'une azotémie de 5 gr. 30. A l'autopsie, aucune lésion des reins.

Les auteurs insistent sur la respiration (type Kusmaul) l'hypothermie, l'absence d'anurie. Au point de vue étiologique, le doute persiste sur la nature de l'azotémie.

M. Laubry pense que l'observation de M. Lemierre pose la question des azotémies extra-rénales.

M. Lemierre considère que l'absence de lésion rénale microscopique ne suffit pas à éliminer le rein dans la genèse de l'azotémie. Il existe toujours des troubles de l'élimination rénale, notamment la constante d'Ambard est élevée.

M. Renaud a observé un cas semblable à celui de M. Lemierre dans lequel la constante d'Ambard était élevée.

M. Ménétrier insiste sur la difficulté de l'examen histologique des reins quand l'organe n'est pas prélevé immédiatement après la mort.

La ventriculographie par pneumorachie. — *MM. Cestan et Riser* (de Toulouse). — C'est l'exposé d'une technique personnelle qui permet par la ponction lombaire de faire pénétrer de l'air stérilisé dans les ventricules latéraux du cerveau et d'obtenir ainsi des radiographies de ces cavités. A l'appui ils montrent toute une série de ventriculogrammes de paralysie générale et de méningites tuberculeuses avec dilatation et déformation des ventricules.

Certes cette méthode provoque souvent quelques réactions méningées aseptiques assez vives et douloureuses, transitoires d'ailleurs, et qui ne durent pas plus de trois jours, mais les auteurs n'ont jamais eu d'incident notable sur les 60 insufflations.

La pneumorachie prudemment conduite permet de délimiter les dimensions et la forme des ventricules latéraux, de vérifier la perméabilité des trous de Luschka et de Monro et on comprend toute l'importance des services que peut rendre cette méthode tant dans les méningites ventriculaires bloquées que dans les diplégies cérébrales infantiles par porencéphalie, pseudo-porencéphalie, hydrocéphalie, etc., lésions qu'il est bien difficile jusqu'ici de différencier du vivant du malade.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1924

Luxation du ménisque interne du genou. — *M. Mouchet* rapporte une observation de M. Martin relative à un jeune garçon de 13 ans, atteint de luxation du ménisque interne du genou gauche, sans traumatisme initial notable. Il avait ressenti tout à coup, sans raison appréciable, une douleur très violente dans le genou, si vive qu'il dut se faire ramener chez lui en voiture. Dans la suite à dix reprises les mêmes signes se reproduisirent, si bien que tout exercice était devenu impossible. A l'examen M. M.. trouva le genou globuleux et réveilla un point douloureux net au niveau de l'interligne sur le ligament latéral interne. L'intervention fut décidée et montra que le ménisque interne était flottant. Il fut enlevé en totalité et les suites furent excellentes.

Ces faits sont rarement observés au-dessous de 15 ans et ce cas prouve une fois de plus que la méniscectomie est le traitement de choix.

Fracture du pisiforme. — *M. Mouchet* rapporte deux observations de fracture du pisiforme communiquées par M. Jean (Marine). Dans un cas le pisiforme était seul fracturé — dans l'autre il y avait en même temps fracture de l'extrémité inférieure du radius et arrachement de la styloïde cubitale.

Fibromyome de la cloison recto-vaginale. — *M. Savariaud* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Marais (Caen) et concernant une femme atteinte de rétention d'urine et chez laquelle le toucher montrait la présence, un peu au-dessus de la vulve, entre le vagin et le rectum, d'une tumeur lisse, dure, repoussant en haut l'utérus, dont le col, rejeté en avant, venait appuyer sur l'urèthre et provoquait les crises de rétention. Le rectum de son côté était repoussé en arrière.

Le 24 janvier 1923, M. M.. décide d'intervenir, pratique la laparotomie et sous l'S iliaque un peu adhérent trouve le cul-de-sac de Douglas refoulé vers le ventre par cette tumeur. Pour aborder celle-ci il faut pratiquer l'hystérectomie. On peut alors extraire la tumeur.

Quelques points sont placés entre le vagin et le rectum pour les rapprocher le plus possible. Malgré cette précaution un hématome se forme bientôt à ce niveau, hématome qui s'infecte et qu'il fallut ouvrir. La guérison se fit lentement mais sans autre incident.

La tumeur, qui avait 15 cm. sur 11, avait la structure d'un fibro-myome.

A ce propos le rapporteur se demande comment de pareilles tumeurs peuvent se développer entre le vagin et le rectum et aux dépens de quel tissu. Déjà quelques faits de ce genre ont été publiés. Mais on constatait souvent en même temps des fibromes utérins et on était dès lors en droit de se demander s'il ne s'agissait pas de fibromes utérins développés très bas et ayant perdu leurs connexions avec l'utérus, leur pédicule s'étant rompu. Ces opérations sont généralement difficiles et laborieuses, si bien qu'il est difficile de juger avec précision des connexions exactes de la tumeur.

M. Sauvé a opéré un cas analogue. Mais la tumeur avait en quelque sorte usé le vagin à sa partie inférieure.

M. Dujarrier pense qu'en pareil cas il serait préférable d'enlever la paroi postérieure du vagin car on aurait ainsi un drainage naturel.

M. Chevassu a observé une fois dans la cloison rectovaginale la présence d'une tumeur mobile qu'il prit pour un kyste. Mais elle siégeait dans l'espace celluleux, en arrière de la paroi vaginale. L'examen montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide développée aux dépens d'un ganglion lymphatique.

Note sur la rachianesthésie. — *M. Riche* communique une note de M. Baruch (Chir. des Hôp. de Bruxelles) relative à l'emploi

© BIU Santé

de la rachianesthésie. M. B. emploie cette méthode depuis 1909 et en a expérimenté les diverses méthodes. Il conseille de préférence la ponction haute — mais entend par là le 2e espace lombaire — et l'emploi de la dose minimum : 5 à 10 centigr. de novocaïne, avec 0 gr. 25 de caféine,

A propos de la thoracotomie extrapleurale pour tuberculose. — *M. Lenormant* rapporte une observation de thoracotomie extrapleurale faite pour obtenir le collapsus pulmonaire chez un jeune homme de 20 ans atteint de tuberculose fibrocaséeuse unilatérale. Une tentative de pneumothorax faite antérieurement avait amené, bien que des adhérences pleurales eussent empêché de le faire complet, une amélioration nette.

De nouvelles tentatives faites plus tard ne donnèrent aucun résultat, les adhérences ayant augmenté. On fit alors la thoracotomie avec résection de dix côtes dont la 1re, sur 10 cm. de long. Les premiers jours il y eut des accidents assez sérieux, puis une amélioration progressive et continue.

Mais l'observation est encore trop récente puisqu'elle ne date que de trois mois, et demandera à être continuée.

Ablation de calcul vésiculaire par voie intrastomacale. — *M. de Martel* communique l'observation d'une de ses malades qui présentait le syndrome de sténose du pylore et des signes d'ulcère gastrique mais avait en plus de la fièvre.

L'intervention conduisit M. de Martel sur une masse d'adhérences englobant le pylore, le bord du foie, la vésicule si bien qu'il se décida à faire seulement une gastroentérostomie. Mais l'estomac incisé, il introduisit le doigt dans la cavité et constata la présence d'un volumineux calcul saillant sur le pylore. Il incisa par le dedans l'estomac sur ce calcul et par cette incision fit tomber le calcul dans la cavité stomacale d'où il put l'extraire aisément, puis termina sa gastroentérostomie.

Les suites furent de tout point excellentes.

Présentation de radiographies. — *M. Dujarrier* présente les radiographies d'un blessé atteint de fracture de Dupuytren grave, et chez lequel il a pu obtenir sans intervention sanglante une réduction parfaite à en juger par la dernière radiographie.

A ce propos, M. Alglave défend à nouveau l'ostéosynthèse, dans tous les cas graves de fracture de Dupuytren.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mai 1924.

Présentation de pièces. — M. *Pauchet* présente un *rectum* enlevé pour rétrécissement syphilitique avec rectite et péri-rectite intense qui avaient disparu après création d'un anus cæcal ; et un *gros intestin* enlevé par colectomie totale présentant deux cancers, à l'angle splénique et au côlon sigmoïde.

A propos d'un cas de périduodénite. — M. *R. Gaultier* présente un cas de périduodénite dans lequel les symptômes dus aux lésions de l'ulcus gastro-duodénal passent inaperçus et que l'on pourrait prendre pour une périduodénite essentielle. Il en donne les éléments de diagnostic et en expose le traitement.

L'emphysème et son traitement. — M. *Mélamet* apporte à propos de 91 cas un travail clinique et thérapeutique sur ce sujet. Il insiste sur les crises régulières du matin qu'il appelle crises majeures. Etiologiquement, il a retrouvé la tuberculose et la syphilis dans 65 % des cas. Dans 28 %, il rapporte l'emphysème à des troubles hépatiques et intestinaux. Traitement général iodo-ioduré associé toujours au mercure en suppositoires. Traitement particulier à chaque groupe d'emphysémateux.

Enorme myome pur à évolution ultra-rapide. — M. *Dartigues* présente un myome pur développé en un an et demi, s'accompagnant d'une cachexie impressionnante, enlevé par hystérectomie totale : opération très difficile par suite d'adhérences multiples, vessie ouverte, sutures, guérison. Transfusion de sang. L'auteur estime que la malade a été sauvée parce qu'elle a été bien préparée médicalement avant l'opération, qu'il a appliqué un mikulicz et a fait une transfusion.

A propos du jeûne thérapeutique. — M. *Marcel Labbé* est partisan du jeûne thérapeutique, mais il n'en fait pas une panacée applicable à toutes les maladies. Le jeûne a des indications qui ont besoin d'être précisées. Dans le coma diabétique, les malades sont forcément au jeûne et cela ne les empêche pas de mourir ; les cas guéris le sont par une alcalinisation intensive ou par l'insuline, il n'y a pas une observation sérieuse de coma diabétique ayant guéri par le jeûne simple ou accompagné de purgation ; seulement, on fait souvent des erreurs de diagnostic sur la nature du coma (hémorragie cérébrale, urémie chez les diabétiques).

Dents incluses dans le sinus maxillaire. — M. *Maurice* présente deux cas de sinusites guéries par cure radicale et dues, l'une à une racine égarée dans le sinus, l'autre, à une dent de sagesse ayant poussé avec formation de kyste dans le sinus lui-même. Une série de projections montre les radiographies et les temps opératoires. Guérison.

Un cas de diverticule hémorrhagique. — M. *Colaneri* présente un diverticule de Meckel de dimensions importantes et rempli d'un caillot sanguin et de matières. Le poids de cette masse appendue à l'intestin grêle à 20 centim. du cæcum entraîne un sphacèle de la paroi diverticulaire et de 15 centim. d'intestin grêle avec phénomènes d'occlusion aiguë. Ablation, résection intestinale, entéro-anastomose, guérison.

La syphilis infantile. — M. *Galliot* rapporte les résultats qu'il a obtenus dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant par injections de sels de bismuth, résultats favorables, quoique moins rapides qu'avec les arsénobenzènes.

Sur l'utilité de la création d'un carnet médical individuel chez les aliénés. — M. *Dabout* rapporte des cas d'aliénés remis prématurément en liberté et auteurs d'homicides. Il propose pour éviter ce danger, la création d'un carnet médical individuel et d'un fichier central pour toute la France.

Cancer du côlon droit. Film cinématographique. — M. *Pauchet* montre dans ce film l'extirpation du côlon droit. Le diagnostic de cancer est rarement fait au début, malgré les rayons X. Il faut opérer même en cas de doute, car l'opération précoce est suivie de succès ; il a fait 19 hémicolectomies droites avec 15 % de mortalité. Les résultats sont moins bons que dans les cancers du côlon gauche,

13 juin 1924.

Enorme tumeur fibro-kystique de l'utérus. — M. *Dartigues* a enlevé à une femme de 44 ans une énorme tumeur fibro-kystique (12 litres). La malade avait eu un prolapsus total réduit et avait été fécondée (grossesse à terme) après réduction.

Otorrhée chronique. Abcès extra-dural et intra-dural. Trépanation. — M. *Caboche* met en lumière deux symptômes peu connus des complications intra-crâniennes des otites : douleurs dentaires, fétidité de l'haleine, indiquant une localisation dans la fosse cérébrale moyenne ayant comme point de départ une lésion de la pointe du rocher. L'infection gagne et la face antérieure du rocher, d'où irritation ou infection du ganglion de Gasser et la face inférieure descendant vers le pharynx. Guéri son après trépanation.

Hémodiagnostic de la syphilis héréditaire. — M. *Leredde* a étudié l'état sanguin de 74 hérédo-syphilitiques. Il a trouvé des altérations dans tous les cas : hypoglobulie, hypochromie leucocytose. Ces altérations obéissent au traitement syphilitique. La preuve de l'existence de l'hérédosyphilis dans les cas où les signes cliniques ne donnent que des présomptions, où la séroréaction est négative peut être apportée par les modifications du milieu sanguin sous l'action du traitement d'épreuve.

La tuberculose ouverte du chien, du chat et son danger familial. — M. *G. Petit* insiste sur la grande fréquence de la tuberculose du chien et du chat, notamment dans l'agglomération parisienne, d'où le danger de la contamination familiale et surtout infantile Il apporte un certain nombre de pièces de tuberculose ouverte : caverne pulmonaire, tuberculose ulcéreuse de l'intestin, des reins et de la peau.

H. DUCLAUX.

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Lépreux et Léproseries au Siam.

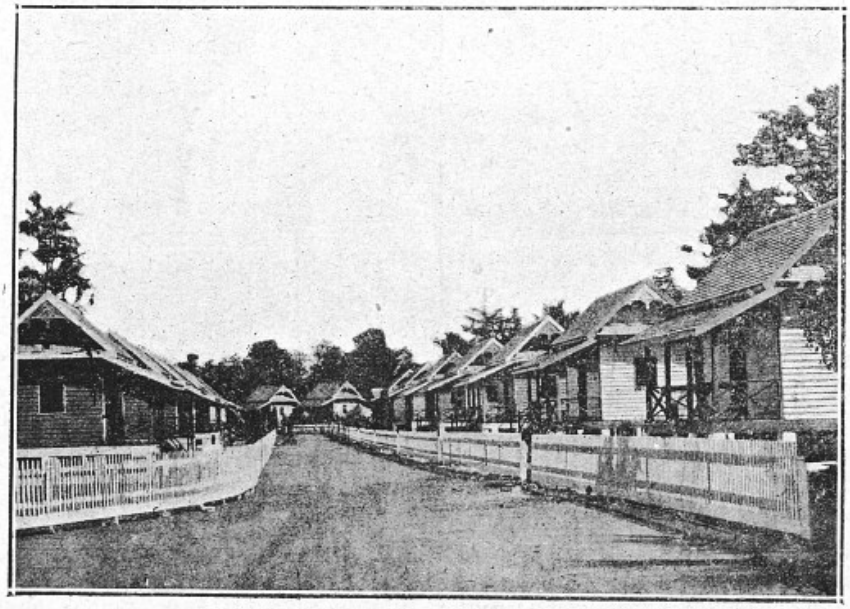
Au Siam, les estimations faites par le Département de la Santé publique d'après une enquête récente donnent un chiffre de 8.000 lépreux ; cependant d'après le Dr Barnes, directeur médical de la section d'hygiène publique de la Croix-Rouge Siamoise, qui est en même temps pour le Siam directeur de la Fondation Rockfeller, ce chiffre serait très inférieur à la réalité, car nombre de cas ont été méconnus et d'autres pas déclarés. Aussi le chiffre donné par cet auteur de 10.000 lépreux semble-t-il devoir être accepté.

Les lépreux circulent librement au Siam, aucune réglementation n'intervient pour les isoler.

Jusqu'à ces derniers temps, on semblerait même s'être désintéressé d'eux et à part la léproserie de Chieng-mai, fondée en 1908, rien n'avait été fait pour ces malades.

En présence du succès de cet établissement, la Croix-Rouge siamoise a envisagé la possibilité de créer des léproseries dans divers points du royaume et actuellement elle doit faire construire à proximité de Bangkok, sur un terrain donné par le gouvernement, une léproserie avec des fonds recueillis par souscription et une donation de 25.000 ticaux du gouvernement ; la dépense afférente à cette création sera d'environ 100.000 ticaux.

La Croix-Rouge a également l'intention d'entretenir des dispensaires pour le traitement des lépreux par les extraits éthérés d'huile de Chaulmoogra. Un premier dispensaire doit s'ouvrir à Bangkok.



Chieng-Mai (Cambodge) (1).

M. Le Roy des Barres qui a eu la borne fortune de visiter le léproserie de Chieng-mai dans tous ses détails, en donne une intéressante description (*Bull. de la Soc. méd. chir. de l'Indo-Chine*, juillet 1923.)

« L'organisation générale de cette léproserie se rapproche des organisations qui fonctionnent en Indo-Chine, avec cette différence cependant que les bâtiments de cette léproserie sont beaucoup plus luxueux que ceux dont nous disposons ici. Mais il faut dire que cet établissement ne s'adresse qu'à deux cents lépreux environ, tandis que nos formations en secourent plusieurs milliers.

(1) Clichés du *Bulletin de la Société médico-chirurgicale d'Indo-Chine.*

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C. Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune
Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ÉCHANTON MÉDICAL Laboratres A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple

L'Opothérapie est facilitée au praticien par les
Produits Organothérapiques A. RICHARD
extraits totaux très actifs et absolument sans odeur.

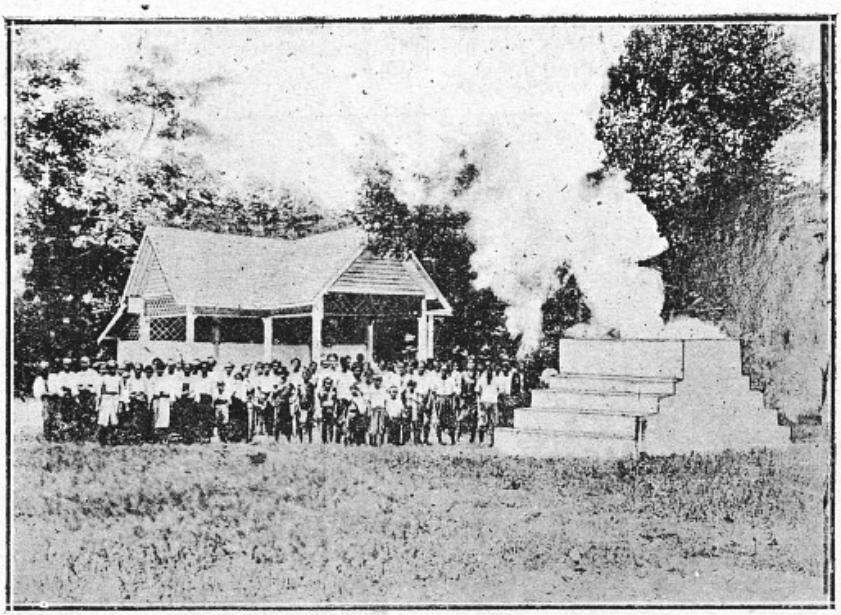
Leur mode de préparation aseptique est exposé dans le *Mémento d'Organothérapie Clinique*, qui contient, en outre, toutes sortes de renseignements utiles et est envoyée à MM. les Docteurs, sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e
Téléphone : Gobelins 43-39

© BIU Santé

La léproserie de Chieng-mai a été fondée par la Mission presbytérienne américaine, qui l'administre ; elle est entretenue par des dons gracieux faits à la Mission pour les lépreux et par des dons faits par le gouvernement siamois, la Croix-Rouge et par des personnes charitables de toutes nationalités.

La direction technique et administrative est assurée avec le plus grand dévouement par le directeur Mac Rean qui nous a fait visiter en détail son établissement et nous a fourni, avec la plus grande complaisance, tous les renseignements dont nous pouvions avoir besoin et a bien voulu nous remettre les photographies que nous reproduisons ici.



Une crémation au village de lépreux à Chieng-Mai.

L'installation actuelle se compose de : neuf dortoirs en briques ; cinquante pavillons en bois ou en briques qui forment des villages ; un pavillon d'administration ; la maison du surveillant ; une chapelle ; un château d'eau qui alimente les dortoirs ; deux écoles ; un four crématoire et une chapelle mortuaire.

Les dortoirs en briques peuvent contenir 25 personnes et coûtent 2.000 dollars or ; ils sont vastes, bien aérés, très proprement tenus. Chaque pièce a sa cheminée.

Les petits pavillons ont été utilisés pour la première fois en 1920, ils sont situés dans le quartier des hommes, mais incessamment six pavillons pour les femmes vont être construits. Les premiers pavillons ont été construits en bois, couverts en tuiles ; actuellement il est construit des pavillons en maçonnerie. Les pavillons comportent deux pièces, une chambre d'habitation à deux lits avec literie complète et deux placards à linge les dimensions en sont de 2 m. 81 sur 3 m. 77 et 3 m. de hauteur. La cuisine moins haute a 2 m. 48 de large sur 3 m. 77. Dans la cuisine, il y a deux placards à vaisselle et un évier avec des jarres à eau. En avant de la chambre d'habitation se trouve une vérandah ouverte. Le bâtiment est surélevé sur des piliers. La chambre d'habitation a deux portes : une s'ouvrant sur la vérandah et une sur la cuisine

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

Téléphone : Elysée 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

Les endocardites ulcéreuses (1)

Par M. le Dr AUBERTIN
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Nous allons étudier aujourd'hui *l'endocardite ulcéreuse primitive.*

Ici les symptômes généraux sont d'une telle intensité que l'erreur de diagnostic est faite souvent : ces malades sont pris pour des *typhiques* ou des *septicémiques*.

A côté de ces signes généraux, il y a des signes physiques plus importants dans cette forme que dans la précédente : Les souffles — que nous avons vus dans l'endocardite plastique apparaître si discrètement et à la phase tardive de la maladie (inconstants, tardifs, éphémères parfois) sont ici *importants* de par leur intensité et de par leur localisation.

Enfin, donnée caractéristique ; l'auscultation peut être changeante d'un jour à l'autre.

C'est là un tableau clinique bien différent de celui de l'endocardite rhumatismale.

L'endocardite ulcéreuse est connue depuis longtemps. Les anciens auteurs, qui ignoraient les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, n'avaient pas laissé passer l'endocardite ulcéreuse.

Et cela se conçoit, car à l'autopsie de tels cas on trouvait une seule lésion importante : *au cœur*.

BOUILLAUD distingua l'endocardite simple plastique et l'endocardite typhoïde ou ulcéreuse.

Pour DUGUET et HAYEM, il s'agissait d'une septicémie, maladie générale avec localisation sur le cœur.

Mais c'est un auteur scandinave, WINGE, qui a vu le premier l'origine infectieuse de cette endocardite. Cet auteur ayant observé un cas d'endocardite consécutive à un durillon suppuré, put établir la présence des mêmes microbes dans le durillon forcé et dans l'endocardite reliant ainsi la suppuration cutanée à l'endocardite et aux embolies consécutives.

Depuis vint de tous côtés la confirmation du travail de WINGE établissant la liaison des trois stades : suppuration cutanée, localisation cardiaque, embolies.

On rechercha le bacille spécifique, mais on trouva des microbes divers : staphylocoques, streptocoques, pneumobacilles, éberth... etc.

On vit alors qu'il s'agissait d'une localisation sur l'endocarde d'infections *multiples* d'où la variabilité des formes cliniques.

Ce sont les microbes qui produisent sur l'endocarde des végétations *friables* qui se détachent (embolies). Ces embolies sont septiques et suppurent parfois (formes pyohémiques).

Etiologie.

L'étiologie de l'endocardite ulcéreuse est connue dans la plupart des cas. Toute infection peut donner lieu à une endocardite ulcéreuse. Tantôt il s'agit d'infection tout à fait banale et vulgaire ; *lésions cutanées* assez souvent : anthrax, brûlures, traumatismes opératoires, petites plaies telles que le durillon forcé.

Pendant la dernière guerre, on a recherché la fréquence respective des septicémies et des endocardites chez les grands blessés : sur 88 cas de septicémies, on trouva 14 endocardites ulcéreuses aiguës.

Mais il n'y a pas que les plaies cutanées, il y a aussi les *plaies des muqueuses* : angines, stomatites ulcéro-membraneuses, *ulcérations de l'œsophage*, qui peuvent donner lieu à des complications locales.

Dans d'autres cas ce sont des ulcérations de l'estomac, de l'intestin.

D'autres causes d'ulcération des muqueuses peuvent intervenir — causes d'ordre gynécologique ou puerpéral — l'endocardite maligne n'est pas rare après l'avortement provoqué, plus rare après l'avortement spontané.

Enfin il peut s'agir de *suppurations diverses* : pleurésies purulentes, suppuration des voies biliaires, appendicite suppurée.

L'endocardite est rare au cours des premières, mais les cholécystites chroniques chez les vieux lithiasiques, les appendicites suppurées avec abcès du foie et température élevée, montrent parfois à l'autopsie une endocardite ulcéreuse.

Dans d'autres cas la cause réside dans une *affection spécifique de certains organes, la pneumonie*, par exemple, par le mécanisme de la septicémie pneumoccocique, en général jamais directement : parmi les symptômes de septicémie il y a des arthrites, des péricardites — suppurées surtout — et même la méningite à pneumocoques.

Enfin d'autres infections spécifiques telles que la *typhoïde, l'érysipèle, la blennorragie* donnent l'endocardite ulcéreuse, plus souvent que l'endocardite plastique.

En dernier lieu, il y a des endocardites ulcéreuses *primitives en apparence.*

Nous disons *en apparence* car les petites plaies cutanées sont une preuve qu'une maladie bénigne, passant inaperçue, peut donner lieu à l'endocardite ulcéreuse.

CAUSES PRÉDISPOSANTES :

Nous avons dit dans une précédente leçon qu'un cœur atteint par un rhumatisme antérieur est *doublement à surveiller* ; il y a en effet des causes prédisposant à l'endocardite ulcéreuse : ce sont précisément les lésions valvulaires du cœur.

Un malade porteur d'une endocardite plastique simple est prédisposé à l'endocardite ulcéreuse. Tout cœur préalablement lésé offre un *locus minoris resistentiæ* où se localisera et se cultivera le microbe charrié dans le sang.

Si un rhumatisant avec lésion valvulaire ancienne fait un syndrome d'endocardite avec forte température, à grand fracas, ne pas croire donc à une récidive du rhumatisme.

Mais souvent d'ailleurs les causes prédisposantes seront difficiles à mettre en évidence, la *grosse cause déterminante* seule apparait : c'est l'infection généralisée par voie sanguine.

Bactériologie.

Autant la bactériologie de l'endocardite rhumatismale est mal connue, autant celle de l'endocardite ulcéreuse est bien étudiée.

L'*hémoculture* positive lors des fortes poussées thermiques identifie l'agent de la septicémie.

L'*autopsie* ultérieurement permet de retrouver le microbe de l'hémoculture dans les végétations examinées.

Jadis on en était réduit au dernier terme : la recherche des microbes dans les végétations endocarditiques ; actuellement il y a *l'hémoculture*.

Il y a donc trois chaînons successifs :

1° Une blennorragie ou une pneumonie avec présence de microbes localement ou dans une arthrite, une pleurésie. C'est la lésion *primitive*.

2° Au second degré c'est la *septicémie* : l'hémoculture

(1) Voir *Progrès Médical*, 7 juin 1924 : L'endocardite rhumatismale

© BIU Santé

décèle le microbe en cause, gonocoque ou pneumocoque par exemple ;

3° Au troisième degré, c'est l'*autopsie* où l'on constate dans les végétations la présence du même microbe.

Il faudrait donner la liste de tous les microbes connus, car la bactériologie de l'endocardite ulcéreuse est multiple. Citons par ordre de fréquence :

Le streptocoque en première ligne ;
Le pneumocoque ;
Le staphylocoque;
Le gonocoque ;
Le bacille typhique, le colibacille.
Le bacille perfringens dans les plaies de guerre.

Il n'y a donc pas de bactériologie unique, l'endocardite ulcéreuse qui vient compliquer une pneumonie ressortit au pneumocoque, celle de la blennorragie au gonocoque, celle de petites plaies cutanées au staphylocoque, celle des grandes plaies aux anaérobies, au perfringens, etc....

Y a-t-il tout de même des *microbes spéciaux* ?

Au début de l'ère bactériologique, en découvrant ces grosses végétations valvulaires, on avait pensé à une maladie spéciale, on avait donc cherché un microbe spécial.

Chacun cherchait alors son microbe : on a oublié actuellement les agents pathogènes de cette période ou plutôt on les a identifiés aux microbes déjà connus.

Il est possible qu'il y ait du vrai dans la théorie univoque ancienne. Peut-être y a-t-il un microbe spécial non identifié encore pour certaines endocardites dites primitives ?

La pathogénie.

Elle est éclairée par la notion de *septicémie* : *c'est par la voie intra-cardiaque* (*sang circulant*) que se fait la lésion de l'endocarde.

Les microbes cultivent sur l'ulcération légère que présente l'endocarde valvulaire.

On a cependant soutenu que c'est par les capillaires que se faisait l'apport microbien, par les petits vaisseaux nourriciers du cœur. Mais il n'y a pas de vaisseaux dans les valvules, sauf à l'état inflammatoire (néo-vaisseaux).

Pratiquement, l'endocardite ulcéreuse est toujours consécutive à une septicémie.

L'expérimentation a prouvé ce fait (Gilbert et Lion).

Si l'on traumatise des valvules avec un instrument aseptique, on n'obtient rien. Au contraire, avec un instrument septique on a une endocardite ulcéreuse.

En second lieu si l'on crée des septicémies chez des animaux on n'obtient généralement rien, exceptionnellement un cobaye fait une endocardite ulcéreuse dans ces conditions (peut-être avait-il le cœur lésé antérieurement).

Mais si l'on traumatise les valvules d'un lapin par la carotide (aseptiquement) et si l'on inocule ensuite n'importe quel microbe, on aura une *endocardite ulcéreuse*, car il y a un *locus minoris resistentiæ*.

Il faut donc avoir recours à un double procédé ; traumatisation des valvules aortiques chez les animaux (la seule compatible avec la survie chez les grands animaux),

Ensuite injection microbienne créant la septicémie.

En réalité, ce double traumatisme si important est un peu loin de la clinique.

Mais il demeure intéressant néanmoins, car il prouve la possibilité sur une lésion préalable du cœur de la localisation ultérieure d'une septicémie.

Anatomie pathologique.

A l'autopsie d'une endocardite plastique, avons-nous dit, on peut passer à côté de la lésion.

Il n'en est pas de même ici, où les végétations sont grosses, atteignant les dimensions d'un pois, d'une petite noix.

Les lésions frappent avec prédilection le *cœur gauche* (mitrale, sigmoïdes aortiques) ; en second lieu, le cœur droit : tricuspide (surtout dans l'endocardite post-pneumonique).

De telles végétations offrent des possibilités de *fragmentation* donnant lieu à des *embolies* ou à des *ulrations*.

Les *ulcérations* siègent sur la végétation ou sur la valvule : le processus destructeur et érodant peut siéger aux commissures des valvules, aux cordages (rompus), aux valves elles-mêmes. *La valvulite perforante* est caractéristique de l'endocardite ulcéreuse.

Une telle perforation peut amener d'un moment à l'autre, en quelques minutes, l'apparition d'un souffle brutal intense qui restera définitivement : ce qu'on ne voit jamais dans l'endocardite rhumatismale.

D'autres altérations peuvent résulter du processus ulcéreux, notamment l'*anévrisme valvulaire*, c'est-à-dire une ulcération valvulaire arrêtée avant la perforation laissant à sa suite un amincissement de la valvute qui se laisse dilater par le sang.

L'anévrisme valvulaire est soufflé dans le sens opposé au courant sanguin bombant en bas à l'aorte, en haut à la mitrale, il siège en plein milieu de valves, admet le bout du petit doigt, quelquefois est obstrué par de la fibrine.

Symptomatologie.

Les symptômes de cette affection sont variables : d'une part à cause de la diversité des microbes en jeu, d'autre part à raison des embolies à évolution variable, suppurées ou non.

Les différences cliniques sont dues à la plus ou moins grande gravité des symptômes généraux.

Les symptômes *généraux* très importants amènent le malade à l'hôpital.

Les signes *fonctionnels*, par contre, sont nuls, à peine un peu de dyspnée.

Enfin les signes *physiques* sont assez caractéristiques et diffèrent de ceux de l'endocardite plastique, d'où la nécessité d'une auscultation systématique.

Signes généraux.

Les signes généraux permettent de décrire deux types principaux suivant l'importance des embolies :

Dans un type il y a des embolies suppurées : c'est la *forme pyohémique*.

Dans l'autre, des embolies non suppurées : c'est la *forme typhoïde*.

I. Forme typhoïde.

Ainsi que son nom l'indique, cette forme simule la fièvre typhoïde : *fièvre élevée continue* à 40°. En général la température baisse un peu plus que dans la fièvre typhoïde le matin : une baisse de 2° est possible : 38°4 le matin, 40°5 au soir par exemple. Mais quelquefois la température est calquée sur celle de la fièvre typhoïde. Toutefois l'évolution de la courbe est différente. Dans l'endocardite ulcéreuse, rien de semblable à la courbe caractéristique de la fièvre typhoïde, il y a bien une période de plateau, mais dès le début la courbe atteint son acmé.

© BIU Santé

En outre, elle continue son évolution très hyperthermique, contrairement à la fièvre typhoïde.

La *stupeur, l'état typhique* sont parfois très prononcés.

La diarrhée est inconstante mais fréquente, elle est jaune, ocreuse également et peut s'accompagner d'hémorragies intestinales, *diarrhée sanguinolente due à de petites embolies mésentériques* : hémorragies intestinales moins intenses que dans la fièvre typhoïde.

La *rate* peut être grosse également, parfois plus grosse que dans la fièvre typhoïde, de plus elle est *douloureuse* et ceci est dû aux infarctus de la rate, fréquents.

Dans quelques cas on peut voir des *éruptions cutanées* de l'abdomen simulant les taches rosées. En réalité, il s'agit d'une petite éruption purpurique : les éléments sont irréguliers et ne s'effacent pas à la pression comme les taches rosées.

Voici donc les symptômes qui rapprochent de la fièvre typhoïde cette forme d'endocardite.

Quels sont les éléments qui permettent de faire le diagnostic différentiel ?

1° Tout d'abord, l'irrégularité de la courbe thermique, les grandes oscillations notamment.

2° En second lieu, le *pouls plus rapide* dans l'endocardite ulcéreuse que dans la fièvre typhoïde.

3° Le purpura embolique au lieu des taches rosées, les érythèmes scarlatiniformes, rubéoliformes plus fréquents dans l'endocardite ulcéreuse.

4° Les symptômes les plus importants sont les symptômes en rapport avec les embolies viscérales : c'est la rate subitement grosse et douloureuse (infarctus).

Les hématuries ;

Les embolies dans les membres inférieurs avec signes d'endocardite oblitérante ;

Les embolies cérébrales plus rares.

5° Enfin et surtout les *signes d'auscultation du cœur*, les souffles vibrants et piaulants.

Le *séro-diagnostic*, qui a de la valeur chez la femme (ou l'homme non vacciné).

L'*hémoculture*, qui révèle la présence du bacille d'Eberth en cas de fièvre typhoïde, et de microbes divers en cas d'endocardite.

II. Forme pyohémique.

Ici la *fièvre est plus caractéristique*. Cette forme pyohémique se traduit en effet par une courbe à grandes oscillations avec des *frissons*. Il y a de la *diarrhée*.

L'état général est plus atteint : pâleur extrême, *subictère*, symptôme intéressant lorsqu'on ne constate pas de modification du foie.

Tels sont les signes généraux. Mais quelle que soit leur gravité, il y a des faits plus importants : *les embolies*, non suppurées d'abord, puis devenant suppurées quelques jours plus tard ; tous les viscères peuvent être atteints :

Au *poumon*, l'embolie présente d'abord tous les signes d'un infarctus simple, mais finit comme un abcès du poumon, car l'infarctus suppure, la température s'élève, des signes de broncho-pneumonie apparaissent, puis les crachats rouillés et adhérents deviennent purulents : c'est l'*abcès métastatique du poumon*.

Au *rein* également, l'hématurie et ultérieurement l'abcès (qu'on ne diagnostique pas le plus souvent).

A la *rate*, l'embolie se traduit par de fortes douleurs spléniques.

Au *foie*, les embolies sont très rares : abcès du foie.

Citons encore les *embolies cérébrales*, plus faciles à diagnostiquer, occasionnant l'hémiplégie brusque, l'hémiplégie avec aphasie. Ici la mort survient en général avant que la suppuration ait pu s'établir, mais le contraire a lieu néanmoins.

A côté de l'hémiplégie, il faut signaler la cécité brutale, relevant d'une *embolie de l'artère centrale de la rétine*.

Enfin les hémorragies intestinales traduisent l'embolie dans les branches *de la mésentérique*, et les *embolies cutanées* dessinent des taches hémorragiques ou des placards purpuriques. Il ne s'agit pas ici bien entendu du purpura dyscrasique que l'on voit chez les cardiaques aux membres inférieurs : le purpura de l'endocardite pyohémique siège à un endroit quelconque de la peau et non aux membres inférieurs, il aboutit parfois à des lésions nécrotiques et offre fréquemment un aspect serpigineux.

Le diagnostic étiologique de cette pyohémie se fait tout d'abord par l'auscultation : chez de tels malades, la coexistence de ces symptômes particuliers avec des signes nets d'auscultation du cœur entraîne le diagnostic. Mais le diagnostic microbiologique a une importance pour le traitement, d'où la nécessité de l'hémoculture.

III. Autres formes.

Il y a d'autres formes que la forme typhoïde et la forme pyohémique : notamment, la forme intermittente et la forme méningitique. Nous n'insisterons pas.

La *forme intermittente* se voit surtout dans la septicémie méningococcique. Le diagnostic sera à faire avec les formes sévères du paludisme. L'accès commence le matin : frisson suivi de chaleur et de sueur, puis résolution. Mais la recherche des hématozoaires dans le sang demeure négative.

Quant à la *forme méningitique* d'Osler, qu'est-ce en réalité ? A notre avis, si l'on songe que la septicémie pneumococcique s'accompagne souvent de méningite suppurée, la constatation d'une forme « méningitique » signifie double foyer, cardiaque et méningé, en rapport avec la même infection générale.

Dans toutes ces formes, les signes cardiaques fonctionnels passeraient inaperçus si l'on n'auscultait pas systématiquement.

Toutefois, il y a une réserve à faire à ce propos ; on a pu décrire une *forme cardiaque* de l'endocardite ulcéreuse dont les manifestations principales sont : la dyspnée avec orthopnée, la cyanose, les palpitations, les douleurs précordiales, un état syncopal pouvant amener une mort précoce. Cette forme est en rapport avec des cas de végétations exubérantes : gros polypes intra cardiaques gênant la circulation sanguine, obstruant même l'orifice auriculo-ventriculaire.

Signes physiques.

Les signes physiques sont les mêmes dans toutes les formes.

Il y a ici des *souffles* et de *gros souffles*.

Ce sont des souffles systolique de la pointe ou diastolique de la base pour les deux formes les plus fréquentes.

Une première particularité est leur *brusquerie d'apparition* en rapport avec une perforation de la valvule ou d'un anévrisme valvulaire, perforation qui réalise un souffle piaulant très fort.

Un deuxième caractère de ce souffle est la *variabilité* : cela tient à la croissance rapide de végétations abondantes ; dans d'autres cas le souffle disparaît : peut-être alors une végétation obture une lésion.

◆

© BIU Santé

Autre particularité qui différencie l'endocardite ulcéreuse de l'endocardite rhumatismale ; le *timbre piaulant* du souffle. Les souffles piaulants ne sont pas rares dans l'endocardite chronique, mais ils se produisent lentement. Si l'on excepte l'endocardite traumatique, on peut dire que la constitution rapide en deux à trois jours d'un souffle piaulant *avec thrill* permet d'affirmer l'endocardite ulcéreuse.

Enfin dernier élément, *l'intensité du souffle* qui, à ce degré, est très spéciale également.

L'étude du pouls et de la tension fournit les renseignements suivants :

Le pouls révèle une tachycardie sans trouble du rythme. Il est vrai que la petitesse et la mollesse du pouls ne sont pas dues à l'insuffisance cardiaque mais sans doute à l'infection générale.

Quant à la *tension artérielle*, elle est abaissée.

Eventuellement, on peut voir survenir en quelques jours des symptômes caractéristiques : par exemple, chez un malade à tension artérielle base 11-7, on assiste à une chute brutale de la tension diastolique qui tombe à 4 ou 3. Une insuffisance aortique aiguë vient de se constituer.

Formes cliniques.

Les types cliniques diffèrent suivant le siège de la lésion : mitral, aortique, etc.

De ces formes anatomiques disons seulement que dans les localisations aortiques il y a de *l'aortite* concomitante et qu'en pareil cas on peut avoir des phénomènes douloureux. Cela est exceptionnel.

Le plus souvent on observe soit l'endocardite mitrale, soit l'aortique, soit la mitro-aortique. Dans quelques cas seulement, l'*endocardite tricuspidienne*. Cette dernière localisation se manifeste par des symptômes généraux très graves et des complications pulmonaires intenses : cyanose, abcès du poumon. En général il n'y a pas de signes d'auscultation. Dans la plupart des cas observés les diagnostic n'a pas été fait : l'autopsie révèle en pareil cas la présence de végétations très volumineuses arrivant à boucher l'orifice tricuspidien. Cette forme se voit surtout dans l'infection puerpérale.

L'étiologie permet de distinguer des formes multiples. Nous en donnerons seulement les caractères essentiels.

Les plus importantes à connaître sont les endocardites pneumococcique, blennorragique, puerpérale.

L'endocardite pneumococcique est consécutive à une pneumonie ou à une autre infection à pneumocoques.

Elle atteint *l'orifice aortique*, exceptionnellement l'orifice tricuspidien, pas la mitrale.

Elle s'observe chez l'enfant à cœur sain, chez l'adulte, débilité, alcoolique, chez un ancien cardiaque.

Elle se manifeste au décours d'une pneumonie par une reprise de la fièvre, traînante, prolongée.

Puis, au bout de quelque temps, apparaît un souffle diastolique de l'aorte à moins qu'il ne s'agisse d'une de ces grosses lésions tricuspidiennes qui ne se traduit par aucun souffle pendant la vie.

L'hémoculture donne un résultat positif au pneumocoque

Cette concordance du souffle aortique et de l'hémoculture positive permet d'affirmer le diagnostic.

Ajoutons que l'examen du malade décèle fréquemment une *péricardite surajoutée*

Rappelons un des caractères particuliers de cette endocardite : sa coexistence possible avec une méningite, la septicémie pneumococcique pouvant présenter deux manifestations parallèles : l'endocardite et la méningite suppurée.

L'évolution aboutit à la mort, mort par septicémie (méningite par exemple), rarement par le cœur, telle la mort subite par ulcération du faisceau de His (Fiessinger). Cependant dans quelques cas une amélioration aurait été constatée par un traitement actif.

L'*endocardite blennorragique* est particulièrement intéressante, elle mériterait une leçon spéciale. Elle est en effet assez fréquente.

La preuve de son existence est le plus souvent fournie par la constatation du gonocoque dans les végétations.

Elle siège avec prédilection aux valvules aortiques (20 cas), plus rarement à la mitrale (4 cas) ou aux valvules pulmonaires et tricuspides (2 cas).

Elle frappe les sujets jeunes, les hommes surtout. Elle survient de préférence au cours des uréthrites compliquées de cystite, de prostatite ; elle est à redouter en cas de rhumatisme blennorragique généralisé. Elle se déclare soit au déclin de la blennorragie, soit, la blennorragie passée, au cours d'une poussée de rhumatisme.

Sa symptomatologie comporte une fièvre élevée à grandes oscillations, un état plus ou moins typhoïde qui peut d'ailleurs manquer, un double souffle aortique, plus rarement un souffle mitral, des embolies possibles.

La mort survient par pyohémie. L'hémoculture est positive dans la majorité des cas.

L'endocardite puerpérale est très fréquente. Elle surviendrait dans 11 % (Osler), 17 % (Durr) des cas d'infection puerpérale.

Elle est due au streptocoque. Elle coexiste le plus souvent avec une phlébite périutérine, une broncho-pneumonie, une pleurésie ou une arthrite purulente.

Deux formes principales s'observent : l'une coexistant avec une phlébite utérine discrète, inaperçue ; le diagnostic en est délicat, l'autre avec une suppuration à grand fracas ; diagnostic facile.

Dans quelques cas, le pneumocoque est en cause (forme épidémique de Hergott) ou bien le colibacille et même des anaérobies (avortement).

Etiologiquement, elle peut succéder à un accouchement, plus souvent à un avortement. On ne la voit pas dans les formes suraiguës, péritonitiques de l'infection puerpérale, mais dans les formes plus lentes.

Elle se manifeste par une fièvre élevée, des frissons, un état général grave avec anémie, teint terreux, subictère. L'albumine et les œdèmes témoignent de l'atteinte rénale, la malade est dyspnéique, son pouls est extrêmement rapide.

Les signes physiques cardiaques apparaissent au bout de 15 jours ou 3 semaines : souffle piaulant avec frémissement cataire au foyer tricuspidien, cas le plus intéressant, ou au foyer mitral. La localisation tricuspidienne s'accompagne d'embolies pulmonaires septiques donnant lieu à une forme spéciale de broncho-pneumonie avec abcès du poumon multiples. L'endocardite ulcéreuse mitrale donne des complications emboliques dans la grande circulation : gangrène des deux jambes, par exemple, par embolie de l'aorte.

Dans d'autres cas il n'y a *aucun souffle*, c'est la forme tricuspidienne à grosses végétations, seul reste un petit pertuis auriculo-ventriculaire droit, forme muette quant aux signes d'auscultation (cas de Rendu).

La mort survient soit dans une syncope s'il y a oblitération de l'orifice tricuspidien, soit par embolie.

Dans certains cas, la mort se fait attendre : on a une évolution lente pendant deux ou plusieurs mois, en rapport

© BIU Santé

précisément avec une de ces localisations tricuspidiennes. C'est un spectacle lamentable que cette forme qui se prolonge.

Pronostic

Le pronostic des endocardites ulcéreuses est donc fatal. Peut-être sera-t-il un jour amélioré, soit par un traitement non spécifique : médications utilisant les métaux colloïdaux, méthodes du choc peptoné ou antianaphylactique, etc., soit par une médication spécifique : en pareil cas le médecin a le devoir d'essayer la vaccinothérapie, vaccin et surtout auto-vaccin.

Un double intérêt s'attache donc à pratiquer l'hémoculture : intérêt diagnostique et intérêt thérapeutique pratique, puisque l'auto-vaccin pourra être préparé dans les cas d'hémoculture positive.

ACTUALITÉS

L'ovaire et la menstruation

D'après les travaux de M. SCHICKELÉ.

M. SCHICKELÉ, professeur d'obstétrique à Strasbourg, a publié au cours de ces dernières années dans *Gynécologie et Obstétrique* d'importants articles sur les rapports du tissu ovarien avec le déterminisme de la menstruation, articles dont nous voulons donner ici un résumé succinct (1).

PREMIÈRE PARTIE : date de l'ovulation

Pour les anciens, (COSTE, etc.) la ponte ovulaire coïncidait à peu près avec le début de la menstruation.

FRAENKEL, ANCEL et BOUIN, SCHRŒDER placent la rupture du follicule respectivement le 16e jour après le début des D. R., le 12e jour avant les règles, du 12e au 14e jour avant les règles. On en déduit que le corps jaune apparaît au début des règles, et comme, depuis les travaux de PRENANT, il est considéré comme une glande endocrine, on conclut que c'est lui qui déclanche les règles.

M. SCHICHELÉ décrit, à ce sujet, les caractères qui permettent de se faire une opinion sur l'âge d'un follicule : follicule tout récemment rompu, follicule mûr (quelques heures avant la rupture), follicule à la veille de la maturation, corps jaune récent (3 jours), plus ancien (5 à 6 jours).

Ayant ainsi fixé les étapes du follicule, M. SCHICKELÉ aborde la discussion des rapports qui existent entre sa rupture et la date des D. R. Il critique la théorie de FRAENKEL et fait à son sujet la comparaison suivante : « Supposons que dans une localité, les jours de marché sont les 2, 9, 17, 23 et 29 de chaque mois ; en suivant FRAENKEL, on pourrait déduire qu'en général, les marchés se font le dix-huitième jour du mois »

Il expose ensuite le problème d'après ses constatations opératoires et d'après certaines observations très précises de certains opérateurs. A s'en tenir à 20 cas de ruptures récentes, il établit que la rupture a eu lieu :

du 1er au 15e jour après le début des règles...	12 fois
du 15e au 20e.....	6 fois
le 21e jour.....	1 fois
la veille des règles.....	1 fois

Si à ces cas on ajoute ceux où la maturation était imminente, on arrive aux chiffres totaux que voici :

pendant les règles.....	6 cas
première semaine après la fin des règles.....	17 cas
du 15e au 20e jour après le début des règles..	8 cas
avant les règles.....	5 cas

(1) Etudes sur la fonction des ovaires, *Gyn. et Obst.*, 1921, tome III, p. 170 ; 1922, tome V, p. 425 ; 1924, tome IX, p. 1.

M. SCHICKELÉ en conclut que **la déhiscence du follicule mûr peut se faire à peu près chaque jour d'une menstruation à l'autre.**

	ASPECT MACROSCOPIQUE	GRANULEUSE	THÈQUE INTERNE
Follic. qui vient de faire sa déhiscence.	Vésicule de 12 à 14 mm. Paroi mince en une zone et dans cette zone, une déchirure de 3 à 5 mm. Membrane interne épaisse de 1/2 mm., s'amincissant vers la déhiscence.	Cellules polygonales. Noyau ovale à grand axe suivant le rayon de la vésicule. Basale à cell. cylindriques : 5 à 10 assises. Mitoses peu nombreuses.	Cellules plus grandes que la granuleuse orientées concentriquement. 2 ou 3 assises. Vaisseaux, vont jusqu'à la granuleuse sans y pénétrer.
Follic. mûr à la veille de la ponte.	Même dimension que ceux qui viennent de faire la ponte.	Même aspect.	Même aspect.
Follic. en évolution à la veille de la maturation.	Un peu plus petit.	Même aspect sauf que le protoplasma est petit par rapport au noyau et que les mitoses sont fréquentes.	Une ou deux rangées de grandes cellules pâles. Capillaires peu dilatés.
Corps jaunes tout récents.	La déchirure folliculaire est récente, non cicatrisée ou à peine.	Prolifération cellulaire. Une vingtaine d'assises. Cellules bouffies. Quelques capillaires.	
Corps jaunes un peu plus anciens.	Soudure de la déchirure par un bouchon de fibrine.	Prolifération vasculaire.	
Corps jaune en période d'état.			

DEUXIÈME PARTIE : Rapports entre le corps jaune et la menstruation,

D'après FRAENKEL, le corps jaune est en rapport précis avec la menstruation. L'ovulation se fait douze jours avant la menstruation et le corps jaune commence son évolution qui a pour effet de provoquer la métamorphose prémenstruelle « progravidique » de la muqueuse. S'il n'y a pas nidation, le corps jaune involue et, de ce fait, la muqueuse se décongestionne et saigne.

Les faits observés par M. SCHICKELÉ peuvent se grouper de la façon suivante :

Dans la semaine qui précède la menstruation, l'ovaire contient souvent un corps jaune, mais cela n'est pas constant, alors que d'après FRAENKEL, on devrait toujours en trouver un et que son évolution devrait même être plus ou moins avancée suivant la date. Or, sur 15 cas, M. SCHICKELÉ trouve :

© BIU Santé

10 *cas avec corps jaune en évolution* :

2 fois à la période de prolifération vasculaire.
2 fois à la fin de cette période.
6 fois à la période d'état (et ce souvent plusieurs jours avant les règles).

5 *cas sans corps jaune en évolution* :

1 kyste du corps jaune.
2 follicules à la veille de la ponte.
1 follicule à la veille de la maturation.
1 ni corps jaune, ni follicule.

Enfin dans quatre cas opérés pendant les règles ou peu après, il n'y avait pas de corps jaune en involution.

On peut rencontrer des corps jaunes en pleine période d'état dans la semaine qui suit la fin de la menstruation. M. Schikelé en rapporte plusieurs cas, et ce fait ne fait d'ailleurs que s'accorder avec les faits observés par lui à propos de l'ovulation.

Dans la semaine qui précède la menstruation, la muqueuse subit souvent, mais pas toujours, la métamorphase dite prémenstruelle : hyperémie et sécrétion glandulaire ; le fait est inconstant et n'a lieu que 11 fois sur 15.

Inversement, 2 fois sur 3, cet état existait dans la semaine qui a suivi les règles.

L'état prémenstruel de la muqueuse s'accompagne souvent de la présence d un corps jaune, mais pas toujours : trois fois on ne trouve pas de corps jaune alors que la muqueuse est à l'état dit prémenstruel ; sur neuf fois a un corps jaune à la période d'état, six fois seulement (avant ou après les règles) la muqueuse se trouve au stade dit prémenstruel.

On peut donc conclure que la métamorphose de la muqueuse peut se produire sans corps jaune et qu'un corps jaune n'oblige pas la muqueuse à se métamorphoser et que la menstruation peut se produire malgré l'absence d'un corps jaune.

Troisième partie : Quels sont les éléments ovariens qui commandent la fonction menstruelle ?

M. Schickelé, après avoir énuméré les différentes formations liées à l'évolution folliculaire, précise quelques points pour compléter l'étude anatomique amorcée dans la première partie :

1° Il décrit d'abord la régression du corps jaune, avec son envahissement par le tissu fibreux et sa hyalinisation et distingue quatre degrés de cette régression, laquelle aboutit au corpus albicans.

2° Il signale que l'évolution du follicule en maturation peut-être arrêtée vers le stade de 5 millimètres. On voit alors :

l'absence de mitoses dans la granuleuse ;
l'atrophie de la granuleuse :
l'hypertrophie de la thèque.

Puis le follicule se réduit à une vésicule avec une couche de cellules plates et une grosse thèque.

Puis il se produit une régression telle qu'il reste un petit îlot de cellules vaguement lutéiniques.

Ces atrésies sont particulièrement fréquentes au cours de la gestation.

M. Schickelé, en faisant autant de coupes de paires d'ovaire qu'il était nécessaire, a dénombré les « éléments » ovariens en partageant les observations en trois groupes, dont le premier appartient à la semaine qui précède la menstruation, le second à celle qui suit la menstruation et le troisième à l'époque entre ces deux semaines, dite de l'intervalle.

Premier groupe. — *Semaine qui précède la menstruation* : onze observations :

1° Cinq cas avec *un ou deux corps jaunes en état de vascularisation ou d'épanouissement*.

En outre deux cas ont un ou deux corps jaune du type 2-4, trois ont encore des follicules en maturation avec dégénérescence récente et des follicules en état d'atrésie avec prolifération thécale. Trois n'ont pas de corps jaune du type 2-4. Dans tous les cas enfin il y a des follicules primordiaux et des corps albicans et fibreux en quantité normale.

2°) Quatre cas, avec des *follicules en maturation ou déjà à la veille de la ponte*, Trois ont un corps jaune en regression du type 1-3 tandis qu'un cas n'a ni un corps jaune en évolution, ni en régression. Trois ont des follicules en maturation avec dégénérescence récente et d'autres follicules avec prolifération thécale atrésiques. Enfin, dans les quatre cas, on trouve des follicules primordiaux, et des corps et fibreux en état normal.

3°) Un cas a un corps jaune du type 1, quelques follicules de Graaf au début de leur évolution, un follicule en maturation avec dégénérescence récente, des follicules atrésiques avec prolifération thécale et les follicules primordiaux et corps fibro-hyalins en nombre et état normal.

4°) Un autre cas a deux follicules en maturation avec dégénérescence récente, et des follicules atrésiques avec prolifération thécale. Les follicules primordiaux et fibro-hyalins sont comme d'habitude. Il n'y a *ni corps jaune en évolution ni en régression, ni follicule en maturation classique*.

Deuxième groupe. — Première *semaine après la fin de la menstruation* : Vingt observations :

1°) *Neuf* cas avec *corps jaunes* en régression du type 2-3. En outre on trouve :

A) Une fois deux corps jaunes en prolifération cellulaire.
B) Une autre fois un corps jaune à la première phase de prolifération, et encore deux follicules en évolution classique ;
C) Trois fois un follicule à la veille de la ponte.
D) Trois fois un ou plusieurs follicules en maturation classique
E) Une fois comme seul élément folliculaire, des follicules atrésiques avec prolifération de la thèque.

Enfin dans tous les cas des follicules en dégénérescence récente, d'autres atrésiques avec prolifération thécale et enfin des follicules primordiaux et des corps albicans et fibreux.

2° Une seconde série de *quatre* observations est caractérisé par l'*absence de tout corps jaune* soit en évolution, soit en régression. Trois fois l'on note un ou plusieurs follicules en maturation classique ; pour le quatrième cas, trois follicules à la veille de la ponte et encore un follicule en maturation classique.

En plus de ces éléments on notera les follicules en dégénérescence récente, en atrésie avec prolifération thécale, des primordiaux et des corps albicans et hyalo-fibreux.

3° Dans un troisième groupe de *sept cas*, il y a des corps jaunes en *évolution*, à savoir :

a) Trois fois, ce corps jaune est en prolifération cellulaire : deux de ces cas ont un corps jaune du type 3 sans follicule en maturation, sans follicule en atrésie avec prolifération thécale, sans follicule en dégénérescence récente ; les follicules primordiaux sont peu nombreux, les corps albicans et fibro-hyalins en ordre normal. Le troisième cas a un corps jaune du type 2-3, des follicules en maturation classique avec un follicule en dégénérescence et un en atrésie avec prolifération thécale.

b) Une fois, il y a deux corps jaunes en état de vascularisation vers l'épanouissement, mais sans corps jaune du type 1-4, par contre un corps fibreux avec thèque très proliférée, mais pas de follicule en maturation, ni dégénérescence récente, ni atrésie thécale.

c) Deux fois le corps jaune était en pleine période d'épanouissement, l'une des fois sans corps jaune du type 1-4 sans follicule en maturation ni dégénérescence récente, mais avec trois follicules atrésique avec prolifération thécale, par contre des follicules primordiaux et les corps albicans et fibreux peu nombreux ; l'autre fois, avec un corps jaune du type 2 et quelques follicules soit en maturation simple soit en dégénérescence récente ou en atrésie thécale.

d) Une dernière fois enfin on reconnait un corps jaune du type 1 avec un follicule en maturation classique en outre des follicules partie en dégénérescence récente, partie en atrésie proliférante, un corps jaune du type 3 et les autres éléments habituels.

Troisième groupe: *Neuf cas pendant la semaine d'intervalle.*

1° Cinq observations avec *corps jaune en état de vascularisation ou d'épanouissement*. En outre deux ont des corps jaunes du type 2-4 et trois n'en ont pas. Trois ont des follicules en maturation ; enfin pour les 5 cas des éléments folliculaires régressifs et à prolifération thécale et des follicules primordiaux ;

2° Une seconde série de 4 cas :

a) Deux cas avec follicules en maturation, corps jaune du type 3 et les éléments folliculaires habituels normaux et atrésiques.

© BIU Santé

b) Un cas sans corps jaune aucun ni follicule en maturation classique, mais avec des follicules en dégénérescence récente et en atrésie proliférante, follicules primordiaux et corps albicans et fibreux.

c) Un cas avec un follicule à la veille de la ponte des follicules en maturation, un corps jaune du type 3, un follicule en maturation avec signes nets de dégénérescence des follicules atrésiques avec prolifération thécale plus ou moins prononcée, peu de follicules primordiaux et des corps fibreux et albicans.

De cette longue étude, M. Schickelé dégage un certain nombre de données.

Le corps jaune en régression existe à tout moment entre les deux menstruations, mais un peu plus souvent au courant de la semaine qui suit la menstruation : 6 fois avant, 15 fois après, 5 fois dans l'intervalle.

Il peut y avoir absence complète de tout corps jaune avant, pendant et après la menstruation. Ce fait, signalé par Schickelé, a une grosse importance.

« On ne s'est jamais bien rendu compte qu'à un corps jaune en évolution devrait toujours répondre un autre en régression, si toutefois il y avait un rapport entre le corps jaune et la menstruation. Car si le premier est appelé à commander la prochaine menstruation, la précédente aurait dû être déclanchée par l'autre corps jaune alors déjà en régression. On devrait donc toujours dans ces conditions trouver à côté d'un corps jaune en évolution, un autre en régression. » Or tel n'est pas le cas.

« A qui répondra que la régression peut se faire si vite, que le corps jaune de la menstruation précédente se trouve déjà parmi les corps fibreux ou albicans, on n'aura qu'à opposer certains cas du *lendemain* de la menstruation qui n'ont pas de corps jaune en régression ayant pu déclancher la menstruation qui vient de finir. Quelle que soit la rapidité de cette régression, elle ne saurait l'être à ce point que le corps jaune, en évolution encore la veille de la menstruation, ait déjà rejoint les profondeurs des corps albicans, le lendemain de la menstruation terminée ! Disons-le tout franchement : il n'y avait pas de corps jaune susceptible d'avoir déclanché la menstruation révolue. Cette dernière s'est effectuée sans la présence ou malgré l'absence d'un corps jaune. Voilà ce que nous prouve l'étude des corps jaunes en régression. »

De plus quand il y a, à la fois, corps jaune en évolution et corps jaune en régression, il n'y a aucun rapport entre le stade où est l'un et le stade où est l'autre : il n'y a donc pas d'écart précis entre les deux corps jaunes.

La présence du corps jaune en développement n'exclut nullement celle des follicules en évolution : Sur 19 cas avec corps jaune en évolution, 9 ont des follicules en maturation.

Il peut y avoir menstruation sans qu'il y ait de follicules en évolution ; il est vrai qu'on trouve alors des follicules aux premiers stades de dégénérescence.

M. Schickelé étudie ensuite la **glande interstitielle**. Elle n'est pas telle qu'on la voit chez les rongeurs, mais on peut reconnaître dans certains cas de prolifération thécale, quelque chose de tout à fait analogue encore que la « glande interstitielle » des rongeurs s'émancipe très tôt des follicules en évoluant librement en large nappe pour gagner rapidement un aspect glandulaire endocrinien indiscutable et qu'il n'en soit pas de même chez la femme où il s'agit plutôt de faux corps jaunes.

Mais nous ignorons tout des fonctions de ce tissu.

Notons cependant que dans certains ovaires qui ne possèdent ni follicules, ni corps jaunes en évolution, cette prolifération thécale représente les seuls éléments en prolifération et capables d'une sécrétion.

Les follicules primordiaux ne manquent jamais. Ils hébergent des ovules et sont le départ de toute la prolifération folliculaire. S'ils sont lésés par infection, intoxication ou rayons X, la menstruation et les autres fonctions de l'ovaire sont suspendues.

Mais ce n'est pas assez pour leur attribuer le déterminisme de la menstruation : la preuve en est l'absence de menstruation avant la puberté. Pourtant l'ovaire agit déjà à ce moment sur le système osseux et le métabolisme des hydrates de carbone.

M. Schickelé étudie ensuite les conséquences qu'on peut tirer du rut.

Dans la majorité des espèces, la ponte se produit spontadément vers la fin de la période de rut, après la cessation de la sécrétion glaireuse ou sanguinolente. Cette première partie du rut n'est pas causée par le corps jaune puisqu'il n'existe pas. Seuls le ou les follicules en évolution peuvent être mis en rapport de cause, dont un ou plusieurs feront rupture pendant ou après la cohabitation et donneront naissance au corps jaune. En cas de fécondation, celui-ci évoluera; dans le cas contraire, il fera sa régression.

La fonction du corps jaune ne commence qu'avec le début de la grossesse. Toutes les phases du processus du rut ne visent que la fécondation et par là la grossesse. On ne saurait comprendre autrement les choses chez la bête.

En définitive, à tout moment, d'une menstruation à l'autre, les ovaires contiennent des éléments capables d'une fonction sécrétoire, follicules ou corps jaunes en évolution, glande thécale. « Souvent, dit M. Schickelé, et c'est arriver au point important de sa théorie, deux follicules se suivent de très près, les deux peuvent faire leur ponte à la suite l'un de l'autre ou bien l'un des deux cesse subitemen d'évoluer, devient atrésique avec prolifération thécale, tant dis que l'autre mûrit et se rompt. Mais voilà que déjà un autre sort des rangs et se met à croître et alors on trouvera à côté d'un corps jaune tout récent un follicule en maturation. Entre ces phases peuvent encore se faufiler les étapes d'un corps jaune en régression. *Il y aurait donc comme un engrenage de cycles folliculaires* et cela sans que le rythme de la menstruation, comme tel, soit influencé. »

Certes la maturation du follicule est l'élément important pour la menstruation à venir mais il faut reconnaître qu'il n'y a pas de rapport constant entre un follicule évoluant vers la ponte et l'apparition de la menstruation.

Quatrième partie : La glande thécale

Dans un article ultérieur, M. Schickelé est revenu sur le rôle de la glande thécale. C'est pendant la grossesse que la glande thécale arrive à son apogée et cela particulièrement dans la seconde partie. Elle est aussi en très bel état dans l'âge prépubère. A ce moment la rupture du follicule en maturation ne se faisant pas encore, le développement cellulaire se dirige vers la thèque interne. C'est pourquoi dans l'ovaire de la jeune fille non menstruée, on rencontre parfois des groupes de follicules à glandes thécales bien développées et même en général bien plus que chez la femme réglée. Chez cette dernière cependant la teneur en éléments thécaux varie considérablement, autant en nombre qu'en intensité, fait qui a été relevé déjà souvent et qui explique les nombreux effets dont on a chargé ces formations. On les a mis en rapport, pour ne citer que quelques cas, avec la menstruation normale, avec les ménorragies dites fonctionnelles, l'ostéomalacie, la môle hydatiforme, le chorioépithélioma.

La glande interstitielle s'est toujours révélée à Schickelé d'autant plus abondante et ses éléments d'autant mieux développés que le syndrome hémorragique était plus accentué.

Au cours des nombreux examens histologiques qu'il a pratiqués, il a pu observer qu'à une menstruation habituellement normale, correspond pendant la période intermenstruelle un fonctionnement moyen, un fonctionnement-type de la glande interstitielle; par contre, tandis qu'aux aménorrhées correspond un hypofonctionnement, aux ménos et métrorragies correspond un hyperfonctionnement constant et des plus saisissants de cette glande.

La glande thécale ne déclanche pas la menstruation. Voilà un cas de la *semaine qui précède la menstruation*, où

© BIU Santé

il y a 10 éléments de glande thécale ; un autre où il y en a 19, d'autres où il n'y en a que 2, 7, 9, et un autre enfin où il n'y en a *pas du tout*. Pour la *semaine qui suit la menstruation* dans 4 cas, les éléments thécaux font défaut, par contre il y en a d'autres avec 1, 2, 3, 5, et jusqu'à 16 de ces éléments. Et enfin pour la *période d'intervalle*, on note les mêmes variations.

Pour pouvoir croire à un rapport de la glande thécale avec la menstruation, il faudrait voir une différence bien marquée entre la veille de la menstruation et les jours après la fin des époques.

C'est ce qui n'est pas et M. SCHICKELÉ rappelle l'argumentation qu'il a soutenue contre la théorie du corps jaune : ou bien il déclanche la menstruation et alors il ne devra jamais manquer à la veille et ne jamais se trouver dans une même phase le lendemain de la menstruation ; ou bien ces conditions n'étant pas données, il n'a aucune importance en regard de la menstruation. Remplaçons les mots « corps jaune » par « glande thécale » et cela correspondra exactement à l'idée que l'on peut se faire de la glande thécale comme cause de la menstruation : l'**abondance de la glande thécale ne saurait être en rapport causal avec les pertes menstruelles abondantes ou excessives.**

L'auteur apporte à l'appui de cette proposition quatre observations d'hystérectomie pour métrorragies essentielles très graves. Dans trois cas, le tissu lutéinique est presque absent. Dans le quatrième cas, il y a un excès de follicules primordiaux et un excès de follicules en évolution et en marche vers la maturation. Frappés par dégénérescence, lsproduisent ces éléments à larges belles glandes thécales.

On ne saurait donc établir un rapport de cause à effet entre la présence des cellules thécales et les métrorrhagies.

Henri VIGNES.

HYDROLOGIE

La plus radioactive des eaux thermales françaises (1)

Par le Docteur **Th. NOGIER**,
Professeur agrégé de Physique à la Faculté de Médecine de Lyon.
Lauréat de l'Institut.

Jusqu'à présent, les deux sources les plus radioactives de France étaient :

La source *Lepape*, à Bagnères-de-Luchon, avec 41,5 millimicrocuries et la source des *Estreys* (Haute-Loire), avec 34 millimicrocuries.

M. LEPAPE a découvert la première ; quant à la seconde je vous ai apporté ici (2) les premières mesures en millimicrocuries (3) faites sur elles.

Il y a un mois et demi environ, le 15 avril 1924, M. le Docteur BOITEUX, médecin-consultant à Sail-les-Bains (Loire) m'apporta une caisse contenant des bouteilles d'eau de diverses sources de cette station thermale pour faire l'étude de leur radioactivité.

A Sail-les-Bains existent en effet plusieurs sources sortant d'une fracture des porphyres quartzifères : la source du *Hamel*, la plus connue, qui a un débit considérable (4) et dont la radioactivité que j'avais découverte a été confirmée par M. LEPAPE (5).

La source d'*Urfe*, également radioactive et que j'étudie en ce moment.

Les sources *Bellety*, *Persigny* et *Maxime*, enfin la source des *Romains*.

En étudiant cette dernière source, je m'aperçus qu'elle avait une radioactivité *grande*. La moyenne de cinq déterminations faites sur de l'eau transportée à Lyon, m'a donné le chiffre de

55,15 *millimicrocuries*

par litre *au déversoir*. Or comme le déversoir est à 12 ou 15 mètres en aval du griffon, le chiffre vrai que des mesures ultérieures permettront d'établir sera vraisemblablement *supérieur* au chiffre ci-dessus (1).

La température de l'eau *au déversoir* est de 22 degrés centigrades. Les déterminations datant de 1882 avaient donné 29 degrés au griffon.

L'eau de la source des *Romains* contient des gaz qui sont à l'étude dans mon laboratoire et dont je ferai connaître la radioactivité dans une communication ultérieure.

Mais dès maintenant on peut envisager la création à Sail-les-Bains d'un *émanatorium* pour faire bénéficier les malades de l'action puissante de la radioactivité naturelle venant des profondeurs du sol.

La radioactivité très élevée de la *Source des Romains* permet de la distinguer très nettement de la source du *Hamel* qui n'a que 11,47 millimicrocuries par litre, quoique sa composition chimique soit à peu près la même. Il semble donc y avoir à Sail deux types d'eau radioactives, le type réalisé par la source du *Hamel* (radioactivité moyenne) et le type réalisé par la source des *Romains* (radioactivité très forte).

La radioactivité de cette dernière source place Sail-les-Bains au *tout premier* rang des stations thermales radioactives françaises.

(1) Communication à la Société Nationale de médecine de Lyon (28 mai 1924).
(2) Société Nationale de médecine de Lyon, 16 janvier 1924.
(3) La radioactivité de la source des ESTREYS a été signalée pour la première fois par M. BALDIT, mais elle n'avait pas été mesurée en millimicrocuries.
(4) 1.150 mètres cubes en 24 heures.
(5) La radioactivité de l'eau du HAMEL est de 11,47 millimicrocuries par litre à l'émergence,

(1) Il est une autre cause qui permet de prévoir un chiffre supérieur à 55,15 millimicrocuries. Les bouteilles sur lesquelles ont été faites les déterminations étaient fermées par une simple capsule métallique et non cachetées à la cire. L'étanchéité de la fermeture pour les gaz et pour l'émanation n'est pas absolument rigoureuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin 1924.

Sur un cas de lipomatose symétrique. — MM. ***Ménétrier***, ***H. Bénard***, ***M. Derville***, rapportent l'observation clinique et anatomique d'un sujet atteint de lipomatose symétrique, chez lequel ils ont constaté l'intégrité absolue de l'appareil lymphatique ganglionnaire. Ils émettent l'hypothèse de l'existence d'un système glandulaire autonome et rejettent le terme d'adénolipomatose qui implique la participation du système lymphatique dans cette affection.

Hémorragie méningée, premier symptôme d'une fièvre typhoïde. — MM. ***Apert et Garcin*** rapportent l'observation d'un enfant de 4 ans, envoyé à l'hôpital avec des symptômes méningés faisant craindre une méningite tuberculeuse. La température est de 40°. Ponction lombaire : liquide sanglant, non coagulant. La fièvre tombe de nouveau et une fièvre typhoïde survient. Cette hémorragie semble une véritable épistaxis méningée, due à la toxhémie éberthienne comme les épistaxis nasales prémonitoires de la fièvre typhoïde.

Léontiasis ossea congénitale. — MM. ***Apert*** et ***Garcin*** présentent une fillette de 11 mois dont, dès la naissance, le maxillaire supérieur était très hypertrophié, les bords alvéolaires des deux mâchoires sont très épaissis et les dents incluses dans les gencives ; la cloison osseuse du nez est très élargie, les parties latérales de la voûte palatine sont en saillie laissant entre elles une dépression simulant une gueule-de-loup.

Diabète avec infantilisme traité par l'insuline. — M. ***Apert*** présente après un an de traitement à peine interrompu par l'in-

© BIU Santé

suline, un diabétique de 19 ans. Actuellement, il est en parfait état, a passé en un an du poids de 28 kilog. à celui de 39 kilog., commence en bonne conditton son évolution pubertaire et a pu subir avec suites les plus simples une intervention chirurgicale pour cryptorchidie droite inguinale.

Anévrysme artério-veineux carotido-jugulaire et syndrome radiologique d'insuffisance ventriculaire droite. — MM. *Leconte* et *Oury* présentent un cas d'anévrysme carotido-jugulaire au cours duquel l'examen radioscopique décèle la dilatation manifeste des cavités droites. Les auteurs insistent sur l'importance primordiale du syndrome radiologique de l'insuffisance ventriculaire droite, particulièrement en position oblique et transverse. Cette observation, très proche d'un cas de Laubry et Routier, montre une fois de plus la place des anévrysmes artério-veineux dans l'étiologie de l'insuffisance ventriculaire droite et le rôle de celle-ci dans l'évolution de ces anévrysmes.

M. *Laubry* insiste sur la fréquence de l'insuffisance ventriculaire droite au cours des anévrysmes artério-veineux, il cite le cas d'un blessé de guerre opéré d'un anévrysme artério-veineux sans traces d'insuffisance ventriculaire droite. Il insiste sur l'indication opératoire.

Les conditions de la sérothérapie antituberculeuse chez l'homme. — M. *André Jousset.* — La solution du problème de la sérothérapie dans la tuberculose est d'ordre plus clinique que bactériologique.

Les indications dominent tout. Tant vaudra le malade, tant vaudra le résultat.

L'auteur qui depuis longtemps a attaché son nom à la discrimination des formes fluxionnaires et des formes caséeuses de la tuberculose au moyen de l'étude des températures, démontre que seule la fluxion initiale est justiciable de la sérothérapie. Vouloir traiter une lésion organisée et surtout une lésion destructive par le sérum est un non sens. Il n'y a pas de sérums *antituberculeux* mais des sérums *antibacillaires*.

Aussi les conditions de succès de la sérothérapie se réduisent-elles à un problème de diagnostic.

Les fluxions bacillaires, seules justiciables de la méthode se reconnaîtront à deux signes :

Existence de la fièvre ;

Tracé thermique régulier à faibles oscillations. Chez les pulmonaires on s'assurera en outre de l'absence de cavernes, seul témoignage irrécusable de caséification.

Ces règles posées, M. André Jousset les confirme au moyen de nombreux graphiques provenant de cinq catégories de malades :

1° Fièvre d'*invasion* bacillaire improprement appelée typho-bacillose par Landouzy ;

2° Polysérites ;

3° Foyers pulmonaires congestifs, hémoptoïques, pneumoniques ou splénopneumoniques.

Dans ces trois catégories les succès du sérum sont la règle, les insuccès l'exception ;

4° Tuberculoses simples en poussée évolutive.

Succès irréguliers et éphémères ;

5° Tuberculoses nécrosantes. Sérum inutile et aggravant.

Les bacilloses de l'enfant appartenant surtout aux premières catégories sont le triomphe de la sérothérapie.

Les séquelles rénales tardives de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. *J. Troisier* insiste sur l'affinité particulière du sp ictéro-hémorragique pour le parenchyme rénal. Il confronte les faits actuellement connus d'ictère grave spirochétique — qui est avant tout une urémie mortelle — avec une observation de néphrite chronique à évolution lente terminée par la mort quarante ans après un ictère infectieux fébrile observé par Landouzy et qualifié de typhus hépatique. Il estime qu'il y a lieu de rechercher dans l'étiologie des néphrites chroniques la part qui revient au spirochète de l'ictère infectieux.

Réactions de floculation et sérodiagnostic dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. J. *Troisier* et *Rimé* étudient comparativement dans les humeurs d'un ictère infectieux à rechutes les réactions de floculation et d'agglutination. La réaction de Vernes recherchée sur le sang ne donne pas de chiffres supérieurs à trois. La réaction de Guillain au benjoin colloïdal pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien reste entièrement négative. Simultanément le séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique recherché par MM. A. Petit et Etchégoin donne des résultats positifs et au même taux (1 p. 1000) dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs concluent à l'indépendance des réactions d'immunité et de floculation. En recherchant la cause du passage des agglutino-lysines du sang dans le liquide céphalo-rachidien, ils insistent sur la haute virulence du liquide céphalo-rachidien, donnant un ictère mortel au cobaye et sur l'intensité de la réaction méningée de leur malade, atteignant 220 éléments cellulaires au mmc.

Autodésensibilisation « a frigore » dans l'hémoglobinurie paroxystique. — M. *Ricaldoni* (de Montevideo) a récemment essayé chez une malade atteinte d'hémoglobinurie paroxystique de prévenir la répétition des crises hémoglobinuriques spontanées en pratiquant sur la malade une sorte de vaccination persévérante et progressive à l'aide du froid. La malade, qui depuis deux ans au moins avait des crises typiques à la moindre exposition au froid, fut traitée ainsi par la désensibilisation au froid en n'immergeant dans l'eau froide que le tout petit bout d'un doigt pendant 30 secondes, puis en augmentant progressivement et la surface immergée et le temps d'immersion ; elle fut progressivement amenée à ne plas redouter l'eau, ni se soucier du froid extérieur. Après quatre mois, elle sortait du service en etat de guérison apparente, bien que l'épreuve de Donath et Landsteiner restât positive. Peut-être, la guérison n'est-elle que temporaire, elle est assez remarquable pour être signalée et employée à l'occasion dans des cas semblables associée ou non au traitement antisyphilitique.

Syndrome typhoïde non éberthien par adénoïdite diphtérique pure. — MM. *Cathala* et *Giroire.* — Observation d'une jeune fille qui fit à la convalescence d'un érysipèle de la face une évolution fébrile prolongée pendant 13 jours, sans signes de localisation mais avec des signes généraux (céphalée, insomnie, état vertigineux, délire, splénomégalie, dissociation du pouls et de la température, diarrhée, anémie, asthénie) et un syndrome méningé (céphalée, photophobie, raideur de la nuque, Kernig.) Les diagnostics envisagés étaient ceux de septicémie, fièvre typhoïde, tuberculose aiguë. Les recherches bactériologiques écartant ces diagnostics, la découverte fortuite du bacille de Klebs-Lœffler dans le pus prélevé au niveau de l'amygdale pharyngée commanda une intervention sérothérapique qui mit fin aux accidents. Le terme de typhose diphtérique est celui qui caractérise le mieux ces accidents.

Alternances d'asthme et d'eczéma. — MM. *Pasteur Vallery-Radot* et *J. Haguenau* rapportent l'observation d'un malade atteint d'asthme d'origine équine, dont ils ont donné le début de l'observation ici même il y a trois ans. C'est sur ce malade qu'ils ont pratiqué pour la première fois la méthode de désensibilisation par les cutiréactions répétées.

Après une période de désensibilisation qui dura quatre mois ce malade vit, en août 1921, apparaître de nouvelles crises d'asthme qui cédèrent à la suite d'une poussée d'eczéma. Depuis cette époque, asthme et eczéma se substituèrent l'un à l'autre à dix reprises différentes avec une telle régularité que le malade entretient maintenant sa lésion cutanée pour éviter les crises. Dès que l'eczéma s'éteint, l'asthme réapparaît.

Il n'est pas d'exemple plus démonstratif que asthme et eczéma peuvent n'être que deux expressions différentes de la même diasthèse colloïdoclasique.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1924.

Occlusion intestinale. — M. *Okinczyc* fait un rapport sur deux observations d'occlusion intestinale communiquées, l'une par M. Moiroud, l'autre par M. Ducaros. Ce dernier a pratiqué une ponction du grêle et a vidé celui ci à l'aide d'une trompe à eau. Il s'est très bien trouvé de cette pratique conseillée aussi par

© BIU Santé

M. O., qui fait remarquer qu'on obtient ainsi l'élimination d'une quantité considérable de produits très toxiques et qu'on facilite en outre beaucoup l'intervention.

Phlegmon du ligament large et sérum de Delbet. — M. *L. Bazy* rapporte une observation communiquée par M. Brisset (St-Lô) et concernant une femme qui présentait du côté droit, au niveau du ligament large une très volumineuse tuméfaction dure, peu fluctuante. M. B. fit le diagnostic de phlegmon du ligament large, fit appliquer de la glace sur le ventre de sa malade et pratiqua une injection de propidon (3 cmc.). La malade eut une réaction très vive, mais le 3e jour après l'injection la masse en question avait totalement disparu. Une deuxième injection donna une réaction plus faible, mais dès le lendemain le côté gauche, jusque-là indemne, devenait douloureux, la température montait à nouveau et bientôt se développait dans le ligament large gauche une tuméfaction identique à celle qui s'était formée du côte droit. Une troisième et une quatrième injection de propidon ne donnèrent aucune amélioration et finalement une intervention fut nécessaire et permit d'évacuer, au centre d'une infiltration considérable, une petite quantité de pus.

A ce propos, M. Bazy fait remarquer que des injections multiples de cultures microbiennes peuvent parfois constituer un danger. Nous ignorons encore le mécanisme d'action de ces produits et chaque cas constitue en quelque sorte une expérience, et doit être observé avec soin.

M. *Tuffier* a vu un fait analogue : une malade qui avait eu une série de poussées ostéomyélitiques, dont une grave au fémur, fut guérie d'une nouvelle poussée au niveau de la crête iliaque par le sérum antistaphylococcique. A l'occasion d'une poussée nouvelle d'apparence très bénigne, elle voulut être traitée de la même manière, mais cette fois les accidents parurent au contraire aggravés et M. T. dut intervenir rapidement.

Rupture traumatique de la rate. — M. *Auvray* fait un rapport sur deux cas de rupture traumatique de la rate observés et opérés par M. Perrin (St-Denis). Le premier cas fut opéré quelques heures après l'accident : la rate était rompue en deux morceaux et avait son pédicule complètement arraché. Il est à noter que ce blessé, qui guérit après quelques petits incidents sans gravité, eut ensuite une véritable boulimie et augmenta rapidement de poids, ce qui semble contraire aux observations de M. Richet.

L'autre cas est plus curieux. Le blessé ne présenta d'accidents qu'au bout de 68 heures. Après une chute d'une hauteur de 18 mètres, il est d'abord très choqué, puis se remet et le soir dîne de très bon appétit. Le lendemain et le surlendemain; l'état reste très bon, les urines sont claires, le ventre est souple, le pouls est à 90, mais il n'y a pas de fièvre. Le pouls paraît même devenir moins rapide. C'est alors au bout de 68 heures que des signes d'hémorragie interne se montrent et le blessé est opéré 70 heures après la chute. Les signes révélateurs signalés par M. Fiolle dans les observations de ce genre publiées en 1920 manquaient ici : accélération du pouls et contracture du ventre. La diminution de la tension sanguine n'a pas été recherchée.

Ici encore le blessé s'est rétabli très vite, augmenta de poids et récupéra rapidement sa richesse globulaire.

Occlusion intestinale post appendiculaire. — M. *Mathieu* rapporte un cas d'occlusion survenue après appendicectomie faite à chaud et observé par M. Kuntz. Une anse grêle était adhérente au cæcum au point d'enfouissement de l'appendice — adhérence dure et ferme et qui fut difficile à détruire.

Discussion sur l'infection post abortum. — M. *J.-L. Faure* ne veut s'occuper que du traitement chirurgical. Chacun sait le rôle essentiel du curettage. Tout utérus qui saigne quelques jours après un avortement doit être curetté — de même en cas de fièvre.

Mais le curettage ne suffit pas toujours. Si la situation après le curettage bien fait s'aggrave encore, il faut recourir à l'hystérectomie vaginale. Evidemment, nous n'avons aucun signe précis qui permette de donner des indications opératoires absolues. Mais c'est la même chose dans les salpingites, les fibromes et cependant nous n'hésitons pas dans ces cas à intervenir.

Bien souvent l'hésitation vient de ce qu'on manque de confiance dans l'hystérectomie abdominale ; on ne la pratique pas parce qu'on ne la connaît pas. Cependant M. F. estime que cette opération est efficace et utileet qu'elle n'aggrave dans aucun cas la situation.

M. *Cunéo* fait observer que dans certains cas l'hystérectomie vaginale ne permet pas de sauver les malades.

M. *Faure* estime que ces échecs sont dus à ce que l'on a trop attendu pour se décider à intervenir. Quand une malade paraît en danger de mort il ne faut ni hésiter ni attendre.

M. *Savariaud* pense que la décision est difficile à prendre parce que les malades ont des hauts et des bas. Leur état s'améliore puis s'aggrave à nouveau mais parfois pour s'améliorer encore. Sur quoi s'appuyer dans ces conditions pour décider l'intervention ?

M. *Bazy*. — L'hémoculture constitue un signe important. S'il y a des streptocoques dans le sang comment espérer que l'hystérectomie pourra être efficace.

M. *Lenormant* croit qu'au point de vue technique, l'hystérectomie vaginale est très supérieure. Mais au point de vue théorique, les indications sont difficiles à poser et, d'après son expérience personnelle, très restreinte. Il faut faire un bon nettoyage utérin et laisser ensuite ces malades tranquilles. Même si la température monte encore, le plus souvent tout s'arrange. Ce sont souvent des septicémies et enlever l'utérus est alors inutile.

M. *Cunéo*. — L'hémoculture n'est pas un argument essentiel. Il est des malades qui guérissent malgré des cultures positives.

M. *Faure* estime que même en cas de septicémie, la suppression d'un foyer septique ne saurait être inutile et superflue.

Présentation de malades. — M. *A. Schwartz* présente une jeune malade atteinte d'hémorragies utérines persistantes et qui était arrivée à un degré d'anémie extrême. Elle a été complètement guérie par une injection intra-veineuse de 10 cmc. de la solution de citrate de soude à 30 %.

M. *Savariaud* présente une malade qu'il a opérée d'une tumeur d'origine nerveuse située dans le cou, sous l'amygdale, qu'elle repoussait en dedans, entravant complètement la déglutition.

M. *Alglave* a vu une tumeur cervicale analogue en contact avec le pneumogastrique.

Election. — Au cours de la séance, M. Picot a été nommé membre titulaire de la Société.

Xe Congrès de médecine légale de langue française. — Le Congrès de médecine légale de Langue française qui vient de se tenir à Paris, a décidé que le Xe Congrès aurait lieu les 18, 19 et 20 mai 1925, à Lille.

Le bureau a été ainsi constitué : président, M. J. Leclercq (de Lille) ; vice-présidents, M. Dewez (de Mons), M. Raviart (de Lille) ; secrétaire général, M. Etienne Martin (de Lyon) ; trésorier, M. Ch. Paul (de Paris).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° « La mort par inhibition ». Rapporteur, M. Duvoir (de Paris) ;

2° « Traumatisme et tumeurs malignes ». Rapporteurs, MM. Cordonnier et Muller (de Lille) ;

3° « La criminalité des blessés du crâne (trépanés et commotionnés). Responsabilité pénale et assistance pénitentiaire ». Rapporteur, M. Porot (d'Alger).

Congrès de médecine et de pharmacie militaire. — Le IIIe Congrès de médecine et de pharmacie militaires doit avoir lieu à Paris du 20 au 25 avril 1925. Un Comité d'organisation a été constitué.

Un commissariat a été particulièrement chargé de la préparation matérielle du Congrès.

Association française pour l'avancement des sciences. — La 48e session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Liège, du 28 juillet au 2 août 1924.

La XIIe section (médecine et chirurgie) sera présidée par M. le professeur Henrijean.

© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

SALINS-LES-BAINS-DU-JURA

Traitement à domicile

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES par les EAUX-MÈRES cristallisées en IRRIGATIONS VAGINALES

AFFECTIONS GANGLIONNAIRES osseuses articulaires par les EAUX-MÈRES liquides en COMPRESSES

ANÉMIE, ASTHÉNIE, DÉBILITÉ, LYMPHATISME, ÉPUISEMENT.

Chez l'enfant, l'Adolescent et l'Adulte, par les SELS NATURELS pour BAINS.

RENSEIGNEMENTS ET ÉCHANTILLONS :
M. GARDY, Administrateur de l'Agence des Produits Thérapeutiques de Salins-les-Bains.
R. C. Seine 235,63 — 11, Avenue de l'Opéra PARIS — Téléph. : Gutenberg 34.43, Central 01-25

LIPOÏDES H. I.

STIMULANT ET ACTIVATEUR des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOCRINOL

CALMANT ET SÉDATIF des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOLUTÉOL

INDICATIONS :
Aménorrhée, Troubles de la Puberté, Dysménorrhée, Stérilité, Sénilité, Hypoovaries, etc.
4 à 8 pilules par jour

Ménorragies essentielles, Troubles de la castration et de la ménopause, Règles douloureuses.
4 à 8 pilules par jour

R. C. Seine 281.038

LABORATOIRE J.M. ISCOVESCO - 107, Rue des Dames - PARIS-17e

IODURE DE CAFÉINE
MARTIN-MAZADE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ — 2 A 4 PAR JOUR — NI INTOLÉRANCE NI IODISME — LE FLACON 8 FR. 20

ARTÉRIOSCLÉROSE, ASTHME, EMPHYSÈME, LÉSIONS CARDIAQUES DIVERSES
ANGINE DE POITRINE, NÉPHRITES, AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES, HYDROPISIES DE DIFFÉRENTES ORIGINES, SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OBÉSITÉ, MALADIES INFECTIEUSES, ETC.

Echantillon et Littérature : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE, St-RAPHAËL (Var) R. C. FRÉJUS 125

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (SEINE) Téléphone 12

PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS

Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.

ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE

R. C. Seine 203.600

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Les remèdes secrets sous la Révolution et l'Empire

« Si, dit le Dr Faligot dans un travail récent (1), et ce sont ses conclusions que nous citerons textuellement, l'on étudie simultanément l'histoire des remèdes secrets sous l'ancien régime et pendant la période révolutionnaire, on observe après 1789, dans les procédés commerciaux des charlatans, comme dans leurs rapports avec les pouvoirs, deux changements importants : les méthodes nouvelles du charlatanisme et les efforts de plus en plus sérieux et efficaces du gouvernement en vue d'enrayer ses progrès.

Au dix-septième siècle, le charlatan est surtout un ambulant, un coureur de campagnes et de villes; distribuant les drogues qu'il annonce le plus souvent sur la place publique, un thériacleur en un mot.

A la fin du règne de Louis XIV et sous celui de Louis XV, il se fixe davantage, surtout à Paris, mais il ignore encore le meilleur moyen de publier ses panacées ; il distribue lui-même ses remèdes à ses clients, et ceux-ci ne sont pas connus du grand public, car on ne les trouve que dans l'officine de leur auteur.

C'est seulement dans la deuxième moitié du dix-huitième siècle qu'à la faveur du progrès, et ainsi grâce au nombre de plus en plus grand des feuilles périodiques, que l'empirique changea de tactique. Il va se dissimuler derrière le nom de sa recette et annoncer celle-ci par les mille voix de la publicité.

Les feuilles révolutionnaires sont remplies d'annonces qui renseignent le public, non seulement sur les vertus du remède, mais aussi sur les différents endroits où on peut se le procurer, sur son prix, sa forme et ses multiples avantages. Les prospectus se répandent avec rapidité ; des brochures, voire de vrais traités, sortent du cerveau fécond des inventeurs, et vont répandre dans la France entière les mérites des charlatans.

C'est avec cette arme si puissante de la publicité que la Révolution eut à compter dans son œuvre de répression contre les remèdes secrets, œuvre rendue encore plus difficile par l'inexplicable faiblesse que l'ancien régime avait toujours montrée vis-à-vis du danger que présentait la prospérité du charlatanisme en France.

Si les efforts des assemblées révolutionnaires ne furent pas immédiatement couronnés de succès, c'est qu'une première faute fut commise par l'abolition des corporations et la suppression des patentes, liberté de commerce particulièrement dangereuse pour les professions intéressant l'art de guérir. Ces décrets de mars provoquèrent une recrudescence du charlatanisme en permettant à quiconque de s'établir vendeur de remèdes.

Dans la règlementation de la vente des remèdes comme dans toutes les institutions de la Révolution, la période de tâtonnements dura jusqu'à ce que l'ordre fut à peu près rétabli : les luttes politiques rendirent longtemps infructueux les travaux des assemblées. Mais, dès après la Terreur, les travaux du Directoire, bien que n'ayant pas encore abouti à une solution vraiment pratique, marquèrent les premiers pas dans l'étude du projet qui devait trouver une réalisation si heureuse dans la loi de germinal.

Et si l'Empire eut encore à lutter contre le charlatanisme, c'est qu'il était impossible d'éteindre radicalement une organisation puissamment soutenue par la crédulité publique : la loi qui voulait protéger la santé du peuple rencontra dans ce peuple même son principal ennemi.

Rebouteux et guérisseurs trouvèrent encore après la loi de germinal le crédit que leur avaient accordé de tous temps les populations des villes et des campagnes.

Les décrets impériaux poursuivirent sans relâche ces derniers rebelles, contre lesquels, malgré l'aide puissante que leur apportait la réclame, ils firent d'utile besogne. »

(1) Dr Faligot. — La question des remèdes secrets sous la Révolution et l'Empire. In-8°, plusieurs hors-textes, Guitard, libraire-éditeur, 6, Passage Verdeau, Paris, et 7, rue Ozenne, Toulouse, 1924.

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique
et Sel Disodique de l'Acide Copahivique
DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE
Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée
Doses : 10 à 12 PILULES par jour.

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (Yonne)
R. C. Joigny 1.571 Usine à Joigny-Epizy (Yonne). — Téléphone 94
Échantillon sur demande

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Les indications des cures hydrominérales dans les ulcus de l'estomac.

Par M. LOEPER et E. M. BINET (de Vichy)

L'ulcère pyloroduodénal est devenu très fréquent : aigu, il guérit médicalement, à moins de perforation ; chronique et calleux, il nécessite une intervention chirurgicale. — Même opéré, il se prolonge souvent par des spasmes et des douleurs dont l'origine peut être dans des adhérences périviscérales et dans des névrites opéré ; ou non, il peut récidiver en son siège initial ou en tout autre point de l'estomac.

La cure thermale doit être discutée aux quatre périodes de son évolution : période aigue, chronique, convalescence et séquelles. Elle peut prétendre à une guérison plus ou moins définitive ou à une action simplement préventive.

Ce sont ces différentes alternatives que nous voulons envisager ici.

***

Dans sa phase aiguë, l'ulcus pyloroduodénal se traduit par des douleurs, des vomissements et des hémorragies. A vrai dire, le syndrome n'est pas toujours au grand complet et l'un de ses trois éléments peut faire défaut ou s'estomper.

Les malaises remplacent souvent les douleurs vraies : on connaît ces ulcus à manifestation dyspeptique ou l'hyperkinèsie gastrique représente radioscopiquement la seule réaction de l'estomac ; les vomissements alimentaires ou simplement acides peuvent être remplacés par une régurgitation d'eau sûre 3 heures après les repas ; enfin l'hémorragie reste invisible et échappe même à la recherche de l'hématine, ou des globules rouges, et la sensation douloureuse, le caractère tardif et nocturne des douleurs ne suffisent pas toujours à affirmer leur existence.

En présence de l'état *aigu*, la thérapeutique est purement chimique et médicamenteuse, elle comprend les alcalins et les isolants. Le bismuth, le kaolin, le talc, donnent de bons résultats à condition de s'associer à la diète lactofarineuse et à des doses variables de citrate de soude. L'atropine agit comme antipasmodique, hyposécréteur et leucopédétique. L'ulcère aigu est médical ; il n'est qu'exceptionnellement chirurgical ; il n'est pas non plus justiciable de la cure thermale, du moins à ce moment.

L'*ulcus chronique* est un ulcus calleux, adhérent ou non, représenté à l'examen radiologique par des déformations ou des niches, présumable cliniquement par l'intensité de ses douleurs tardives, ses vomissements acides, ses hémorragies occultes, aussi par la répétition et l'ancienneté de crises rebelles aux divers moyens thérapeutiques.

C'est un ulcus chirurgical qui exige une intervention radicale ou palliative, le plus souvent, la gastroentérostomie. Ce n'est pas une maladie de ville d'eau et la cure hydrominérale, thermale, alcaline ou autre, ne peut y donner aucun résultat. Elle ne dispense pas d'intervenir.

Parfois l'ulcus chronique est un ulcus cachectisant dont l'anémie et l'amaigrissement font suspecter, s'ils ne l'affirment point, la transformation cancéreuse.

Là encore, la cure est contre-indiquée : eaux alcalines, eaux radioactives et eaux chaudes sont susceptibles d'accélérer la marche de ces ulcus et d'accentuer les symptômes par lesquels ils s'accusent ; le coup de fouet imprimé par la cure transforme souvent en certitude ce qui n'était qu'un soupçon.

Même contre-indication des ulcus saignants, auxquels conviennent seulement le repos, la diète et les moyens hémostatiques locaux et généraux.

La cure hydrominérale n'est véritablement indiquée que dans la *convalescence* d'un ulcus traité chirurgicalement ou médicalement *pour prévenir les récidives et pour effacer les séquelles*.

Dans le premier cas, elle doit modifier l'acidité gastrique et la maintenir à son minimum, calmer l'hyperesthésie de la muqueuse, génératrice des contractures, et la stagnation alimentaire, génératrice d'inflammation muqueuse et d'hypersécrétion.

Dans ce second cas, elle vise à atténuer certains troubles fonctionnels et douloureux, à assouplir les cicatrices, à distendre les adhérences, et à guérir les névrites quasi fatales dans tout ulcus calleux ou invétéré.

Nous envisagerons séparément ces deux catégories de faits.

***

Contre l'acidité gastrique, de tout temps, les alcalins ont été préconisés.

Il y a une vingtaine d'années encore, sous l'influence des travaux de Debove, les alcalins constituaient, sinon la panacée des affections gastriques, du moins la médication la plus commune. Dans cette forme, désignée alors hyperchlorhydrie le plus souvent, puis, plus tard, hypersécrétion chlorhydrique, hyperpepsie, mais dont on ne connaissait guère les attaches avec l'ulcus, réputé presque comme une affection rare, le bicarbonate de soude, seul ou associé à d'autres sels, se donnait largement. On vit plus de prudence et de réserve de la part de Mathieu. Soupault, partisan lui aussi des doses modérées et surtout fractionnées, encouragea les premières recherches de l'un de nous sur les alcalins (1), fit voir le parti que l'on en tirait dans le traitement du syndrome pylorique, qu'il eut l'immense mérite de décrire le premier, et dont il comprit de suite la réelle signification. Mathieu donnait les alcalins dès que la douleur se produisait ; Soupault, à l'instar de Bouveret, à doses faibles mais régulièrement espacées de deux en deux heures, pour s'opposer à son apparition.

Puis cet excès de faveur eut sa réaction dans un excès de critique. On ne donna plus d'alcalins qu'avec parcimonie ; on alla jusqu'à en déconseiller l'emploi et à prétendre même que le bicarbonate de soude provoquait des lésions cellulaires, la chlorurémie et la chlorhydrie secondaires.

Et cependant depuis quelques années la solution de Bourget est devenue à son tour la panacée. Elle n'est pas autre chose qu'une eau alcaline. Or, on la prescrit communément contre ces mêmes douleurs du syndrome pylorique. Elle se donne une fois l'action sédative du bismuth et du kaolin dûment constatée, et son usage se continue pour ainsi dire indéfiniment. C'est le viatique des malades d'estomac.

Plus récemment, nous est venue d'Amérique une méthode imaginée par Sippy pour le traitement de l'ulcère chronique pyloro-duodénal. Cette méthode « consiste es-

(1) Binet. — Les alcalins, thèse de Paris, 1905.

© BIU Santé

sentiellement à neutraliser et à maintenir le contenu gastrique neutre pendant tout le temps qu'aliments et sécrétion sont présents dans l'estomac, à diminuer cette sécrétion et à conserver toutefois la nutrition par une alimentation suffisante ». Cette neutralisation du contenu gastrique est obtenue par des repas fréquents, l'emploi répété des alcalins, l'aspiration des sécrétions. Les doses d'alcalins, ainsi ingérées peuvent aller par 24 heures jusqu'à 16 gr. de bicarbonate de soude, 4 gr. de magnésie, 4 gr. de bicarbonate de chaux. L'aspiration de ces sécrétions effectuées avant la période de sommeil mise à part, cette manière de traitement de l'ulcus ressemble singulièrement à celle que préconisait et pratiquait Soupault. Venant de loin, elle ne saurait nous la faire oublier, et l'on aimerait que, cette fois encore, on rappelât l'origine au moins partiellement française de cette thérapeutique américaine.

Les eaux de Pougues, de Royat, surtout celles de Vals et de Vichy, sont alcalines et assez fortement bicarbonatées et, de ce fait, leur ingestion détermine une saturation du milieu gastrique. Mais cette saturation est obtenue à dose bien inférieure à la dose médicamenteuse.

La teneur en bicarbonate de soude de ces eaux n'atteint guère plus de 5 gr. par litre. Elles ne prétendent donc point à cette suralcalinisation que réalise la cure de Sippy par exemple et que redoutent certains thérapeutes.

Elles suffisent pourtant à *saturer* le suc gastrique acide et ainsi à évacuer l'estomac. Mais l'évacuation gastrique se trouve encore favorisée par l'action même de ces eaux sur la sécrétion biliaire et par l'alcalinisation rapide qu'elles réalisent du milieu duodénal.

Elles sont presque *isotoniques* et, ainsi que l'ont montré les recherches de Carnot et Chassevant, de Loeper et Esmonet (1), les eaux isotoniques franchissent le pylore rapidement parce qu'elles n'exigent pas de l'estomac cette dilution préalable nécessaire au rétablissement de la concentration moléculaire.

En baignant de façon précoce le duodénum, en excitant la fonction biliaire, les eaux alcalines naturelles contribuent encore à réaliser cette alcalinisation duodénale qui est aussi favorable à la cessation du spasme pylorique que l'alcalinisation gastrique.

Et leur action se fait sentir même après la résection pylorique, même après la gastroentérostomie, car la gastroentérostomie ne suffit pas toujours à abaisser le taux chlorhydrique de l'estomac.

Les eaux alcalines naturelles jouissent encore d'un pouvoir *analgésique*.

Elles contiennent de l'*acide carbonique* libre.

Depuis 17 ans, l'un de nous insiste sur l'action à la fois calmante et excitomotrice du CO^2. Et cette opinion fut pleinement confirmée par les récentes recherches de MM. Carnot et Koskowski (2). Pratiquées sur des hommes examinés aux rayons X après ingestion de bouillie barytée, elles ont permis à ces auteurs de conclure que l'introduction de CO^2 dans l'estomac déterminait la production d'ondes péristaltiques énergiques et efficaces au point que les deux tiers de la bouillie barytée s'éliminent en cinq minutes.

Enfin certaines de ces eaux, Hôpital, Chomel, sont *hyperthermales* et exercent une action sédative du spasme de fermeture de l'estomac.

A ce titre, pour des raisons difficiles à préciser, l'eau de la source Chomel possède une véritable spécificité et représente l'eau véritablement calmante. Elle réalise au plus haut point la cure de repos de l'estomac.

Certains auteurs, MM. Le Noir, Richet et Mathieu de Fossey ont donné le bicarbonate de soude par voie rectale dans les ulcères de l'estomac. Les résultats qu'ils ont obtenus sont satisfaisants et montrent que la pénétration immédiate dans le sang de la solution alcaline, avant toute saturation par le suc acide de l'estomac, peut atténuer la douleur stomacale, le spasme et l'acidité chlorhydrique (1).

Mais cette pratique, que permettraient aisément, à la seule condition de les battre préalablement et de les dégazéifier, les eaux de Vals et de Vichy, n'a jusqu'ici guère été utilisée dans les stations hydrominérales.

On pourrait invoquer encore à titre de facteur sédatif la *radioactivité* de certaines eaux minérales. Mais cette radioactivité nous paraît devoir agir bien plus sur les lésions chroniques fibreuses, sur les séquelles et les névrites que sur l'acidité même et l'évacuation de l'estomac.

***

Le spasme, la douleur, la stagnation, sont autant de séquelles des ulcus gastriques.

Mais le substratum anatomique de ces réactions ne consiste pas seulement dans l'hyperesthésie de la muqueuse, et dans l'acidité.

Il réside souvent dans une diminution de l'élasticité de la lésion *cicatricielle* et dans la *névrite* des éléments nerveux de l'estomac.

La guérison d'un ulcère, quelles que soient sa localisation et son étendue, laisse toujours à sa suite une cicatrice froncée, étoilée, plus ou moins épaisse et calleuse, qui s'étend plus ou moins loin dans les tuniques musculaires et à laquelle participe même, sous la forme d'adhérences solides, le péritoine viscéral.

Les eaux alcalines facilitent évidemment la cicatrisation définitive et assouplissent le tissu de cicatrice ; mais ici la température des eaux, leur radioactivité peuvent jouer un rôle considérable. Or la température d'une eau minérale et sa radioactivité, qui sont choses fugaces et fragiles, ne peuvent être utilisées qu'au griffon.

Ainsi apparaît une nécessité précise de la cure thermale et une raison de sa réussite fréquente dans des cas où la cure à domicile a pu échouer.

La callosité d'un ulcus ou la rétractilité de sa cicatrice ne sont pas les seules raisons de ces troubles et de ces douleurs que laisse à sa suite un ulcus de l'estomac. Il faut aussi penser aux névrites. Depuis plusieurs années, l'un de nous a insisté sur ces lésions nerveuses, pariétales et même tronculaires que provoquent les lésions du tube digestif (2). Dans les affections graves de l'estomac l'infiltration lymphatique, l'épaississement conjonctif, la destruction des ganglions pariétaux et aussi des éléments nobles du plexus atteignent aussi parfois les gros troncs du pneumogastrique et les filets du plexus solaire.

MM. Loeper et Turpin ont désigné ces lésions sous le

(1) Carnot et Chassevant. — *C. R. de la Société de Biologie*, juin 1905.
Loeper et Esmonet. — *C. R. de la Société de Biologie* 1er juillet 1905 et *Bulletin médical* septembre 1905.
(2) Carnot et Koskowski. — De l'action de CO^2 sur la motricité gastrique et sur la vitesse du transit pylorique. *C. R. de la S. de Biologie* 22 juillet 1922.

(1) Lenoir. — Bicarbonate de soude et traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Son administration par voie rectale. *Bulletin de l'Ac. de médecine*, 24 oct. 1922.
(2) Loeper et Schulmann. — Soc. méd. des hôpitaux 1910, et Loeper Leçon de path. digestive, séries 2-3-4, *passim*.

© BIU Santé

nom de *gastronévrites* (1) et ont montré comment elles pouvaient pérenniser les troubles fonctionnels et les douleurs, tout au moins les maintenir bien au-delà de la cicatrisation de la lésion ulcéreuse. Contre ces névrites, les eaux simplement alcalines ne sont pas seules à donner des résultats. Il y a aussi les eaux fortement radioactives.

Nous avons à plusieurs reprises administré avec succès à nos malades des eaux chaudes, activées par un tube de sulfate de radium que nous avait remis notre ami le Dr Barcat et obtenu des sédations remarquables là où les alcalins avaient échoué et où les médicaments anesthésiques n'avaient donné que des résultats passagers.

Les eaux de Plombières, de Luxeuil, de Bourbon-Lancy, de Néris, qui sont radioactives et hyperthermales, celles aussi de Sail, dont la radioactivité est si élevée qu'une de ses sources atteint 55 millimicrocuries par litre, peuvent être utilisées avec avantage (2).

***

Telles sont les quelques indications des cures hydrominérales dans les ulcus de l'estomac. Elles varient avec l'ancienneté de l'ulcus, sa chronicité et son étendue, avec les troubles qu'il détermine, les séquelles qu'il laisse après lui. Et pour les bien préciser, on ne saurait trop recommander l'examen complet du malade par tous les moyens dont nous disposons : cliniques, qui fixent l'importance et le caractère des troubles subjectifs, voire la participation du système nerveux ; radioscopiques, qui montrent la localisation de l'ulcère, la déformation qu'il laisse après lui et l'évacuation de l'organe ; chimiques enfin, qui précisent l'acidité du liquide gastrique et l'hypersécrétion.

CLINIQUE MÉDICALE

Evolution générale des cirrhoses veineuses du foie.

Par M. le Professeur A. CHAUFFARD.

L'historique des cirrhoses hépatiques date de Laënnec, qui, dans sa description célèbre, leur donna ce nom à cause de la coloration roussâtre de l'organe, n'exprimant cependant ainsi qu'un des caractères les plus accessoires de l'affection. Charcot et Gombault leur ajoutèrent l'épithète de veineuses opposant les scléroses d'origine périphlébitique aux scléroses d'origine péri-biliaire. Mais ce terme n'apporte guère plus de clarté, car l'on ne saurait préjuger des formes cliniques des cirrhoses en se basant sur l'anatomie pure, et qu'il est de plus extrêmement difficile de savoir où débute la cirrhose.

Ce terme de veineuse pourrait être encore pris dans son sens symptomatique exprimant le trouble profond de la circulation portale. Malgré ces désignations insuffisantes, le mot est cependant gardé par tradition, et il convient alors de définir les cirrhoses non par un terme unique, mais par leur *lésion anatomique*, leur *pathogénie*, leur *syndrome clinique* et leur *évolution chronique*.

Tels sont les divers éléments que nous allons maintenant étudier.

L'histologie du foie normal montre trois zones de soutènement conjonctif : une première, prolongement interne de la capsule de Glisson, forme à la périphérie du lobule une gaine aux vaisseaux et canaux de l'espace porto-to-biliaire. Une deuxième engaine de même au centre du lobule la veine sus-hépatique. La troisième réunit les deux précédentes par de fines fibrilles intertrabéculaires, charpente de soutien des travées hépatiques radiées.

A chacune de ces zones répond une région cellulaire différenciée physiologiquement. C'est ainsi qu'en allant de l'espace de Kiernan à la veine sus-hépatique, on trouve, d'après les travaux récents de Noël, une région périphérique porto biliaire, de fonctionnement permanent ; une région intermédiaire, d'activité moyenne et variable ; enfin une région centro-lobulaire, sus-hépatique, de repos permanent ou de suppléance fonctionnelle. Ces zones ont leurs réactions propres, tantôt isolées, le plus souvent associées.

Au cours de l'évolution, elles donnent lieu aux îlots de sclérose, qui par extension se rejoignent encerclant en anneaux des îlots de parenchyme hépatique. C'est à cette sclérose que le foie doit sa *dureté* toute spéciale et son inextensibilité, qu'Azoulay et Jacquelin ont mises en évidence sur le cadavre par des injections poussées par la veine porte. Mais la richesse très grande de ce tissu conjonctif en fibres élastiques explique sa *rétractilité*, son petit volume.

Le point encore discuté est l'origine de la cirrhose.

Charcot pensait, comme nous l'avons vu, qu'elle débutait autour de l'axe veineux, qu'elle avait une origine péri-phlébitique. Pour M. Noël Fiessinger, la cellule hépatique elle-même, irritée, donnerait naissance au tissu collagène générateur du tissu scléreux.

Mais si en matière de cirrhose l'état du tissu conjonctif caractérise la variété anatomique de la lésion, il importe de ne pas négliger celui de la cellule hépatique, car c'est elle seule qui nous donne le pronostic.

Son intégrité est d'ailleurs relativement longtemps conservée. Il est fréquent d'observer des lésions d'hypertrophie vicariante. Les cellules hyperplasiques se groupent au voisinage des travées scléreuses, ou se réunissent en de véritables îlots encapsulés, jaune d'or.

La réaction peut parfois dépasser son but et évoluer du type adénomateux vers le type néoplasique.

La pathogénie de la cirrhose, autrefois uniquement rattachée à l'alcoolisme, s'est enrichie de notions nouvelles.

Expérimentalement d'abord on provoque des réactions sclérogènes chez l'animal en le nourrissant de substances totalement étrangères à son alimentation habituelle. Louis Martin a pu réaliser de véritables cirrhoses annulaires en faisant ingérer à des lapins de la poudre de lait. L'on a voulu étendre cette notion à la pathologie humaine.

Mais elle paraît difficilement entrer en jeu. L'homme est un omnivore et l'on ne croit plus guère aux cirrhoses dyspeptiques introduites il y a une trentaine d'années par Boix.

L'alcool reste surtout la substance étrangère foncièrement sclérogène.

La cirrhose se voit électivement au cours de l'alcoolisme chronique à longue évolution, chez ceux qui ingèrent journellement de petites doses d'alcool, tels que les buveurs de vin. L'intoxication massive par les alcools forts, ou les liqueurs à essence, agit trop rapidement au contraire pour permettre la réaction protectrice scléreuse. L'alcool agit bien par lui-même et non par ses falsifica-

(1) Loeper et R. Turpin. — Les gastronévrites. *Progrès médical*, novembre 1923.

(2) Nogier. — L'eau la plus radioactive de France. *Progrès Médical*, 5 juillet 1924, n° 27.

© BIU Santé

tions, tel que le plâtrage du vin, comme le croyait Lancereaux.

Aussi peut-on dire que le nombre des cirrhoses est la pierre de touche du degré d'alcoolisation d'une population.

Mais à côté de cette cause principale l'on tend à faire jouer un rôle important aux infections associées, à la tuberculose et à la syphilis en particulier.

Jousset, Roque et V. Cordier (de Lyon) penchent pour faire joue un grand rôle à la tuberculose dans la production de la cirrhose. Leur opinion se base sur les injections tuberculisantes de liquide ascitique ou de parenchyme hépatique, et sur la fréquence des lésions tuberculeuses concomitantes. Mais cette constatation ne saurait préjuger ni de l'antériorité, ni du rôle pathogène de la bacillose, d'autant que les hépatiques présentent le phénomène très remarquable de l'anergie tuberculeuse, comme l'ont montré M. Fiessinger et Brodin, et que chez de tels malades la tuberculose trouvera un terrain tout préparé pour évoluer secondairement.

La part de la syphilis paraît plus importante. La constatation des réactions de Bordet-Wassermann positives s'observe fréquemment au cours des cirrhoses, beaucoup plus que ne le comporterait un pourcentage portant sur un nombre égal de sujets normaux ou atteints d'affections chroniques variées. Par exemple le relevé des réactions sérologiques positives fait en 1922-1923 dans le service donne le chiffre de 43 %, M. Letulle indique 50 %, M. Maurice Renaud plus encore.

Le traitement ajoute une nouvelle confirmation. Sous l'influence du cyanure de mercure on observe chez de tels malades une régression des symptômes, une diurèse, parfois même la guérison de l'ascite.

Mais ces cas ne doivent-ils alors rentrer dans le cadre des syphilis hépatiques ? Et, comme pour la tuberculose on peut se demander dans quelle mesure on est en droit de conclure que la syphilis est la cause de la cirrhose. L'hypothèse la plus probable est que la cirrhose évolue sur un terrain syphilisé et que le cyanure agit à la fois comme diurétique et comme agent curateur.

Passons maintenant au dernier terme de la définition : le syndrome clinique.

Un seul signe est formel : *l'induration* du parenchyme hépatique.

Mais si elle est facilement perçue sur un foie hypertrophié, elle est au contraire particulièrement difficile à apprécier dans les cas de cirrhose à petit foie. Ce n'est souvent qu'après ponction de l'ascite que la main plongeant sous le rebord costal accrochera à travers la paroi flasque le bord hépatique, et sentira cette dureté pathognomonique.

Tous les autres signes décrits sont contingents.

L'évolution, si l'on s'en tenait aux descriptions classiques, serait simple et se ferait en trois phases : La première, préascitique serait caractérisée par des troubles digestifs, de l'amaigrissement, de la diarrhée, un léger œdème malléolaire, de petits signes d'hypertension portale tels que des hémorroïdes, de l'urobilinurie, tous troubles vagues qui permettraient à un observateur averti de prévoir la cirrhose débutante.

Plus ou moins vite après ce début apparaîtrait le grand signe de la période d'état, l'ascite récidivante, et dès lors la maladie évoluerait lentement, de façon monotone. Les ponctions se répéteraient, deviendraient de plus en plus fréquentes, entraînant à plus ou moins longue échéance la cachexie terminale, à moins qu'une complication intercurrente, ictère grave ou hémorragie, ne vienne abréger cette évolution.

Les vingt-trois observations que M. Brodin et moi avons relevées dans le service pendant les années 1922-1923 ne semblent pas confirmer cette manière de voir. Tout d'abord c'est là un gros chiffre montrant une progression de l'alcoolisme, alors que la guerre avait fait noter précédemment une régression.

Mais ces chiffres présentent un intérêt bien plus grand si l'on vient à comparer la fréquence des cirrhoses masculines par rapport aux cirrhoses féminines. Alors que les statistiques anciennes donnaient la proportion de une femme pour deux hommes, celle du service donne un rapport exactement inverse, seize femmes pour sept hommes, un peu plus de deux pour un. Nous verrons plus loin pourquoi ces faits n'indiquent pas une fréquence de l'alcoolisme plus grande chez la femme. Mais tout au moins ils marquent une progression que l'on ne saurait nier.

L'étude des symptômes nous a montré des différences considérables suivant les sexes.

Les hommes évoluèrent suivant le type classique : petit foie, ascite abondante, récidivante, à ponctions répétées. Chez les femmes au contraire la cirrhose revêtit constamment le type hypertrophique, et, comme nous allons le voir, son évolution fut des plus variable. Trois de nos cas se compliquèrent de pleurésie droite. L'une fut séreuse, les deux autres hémorrhagiques, toutes se présentaient avec les caractères des épanchements bacillaires mettant en évidence l'anergie hépatique dont nous avons parlé.

Quatre autres malades présentant une réaction de Bordet-Wassermann positive guérirent par le traitement cyanuré. L'ascite était tarie à la fin de la cure anti-spécifique, Quatre autres, après uue évolution lente, des ponctions répétées, aboutirent à la mort. Enfin les cinq dernières présentèrent le syndrome ictéro-ascitique de MM. Fiessinger et Brodin. Ces malades, qui étaient en état de cirrhose latente, furent brusquement prises d'un ictère par rétention, rapidement suivi d'ascite.

L'hypothèse pathogénique fournie par ces auteurs est la suivante :

L'on sait que la dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique s'accompagne d'hypertrophie.

Les cellules arrêtées dans leur développement par le tissu fibreux inextensible comprimeraient les vaisseaux et les canaux biliaires, engendrant ainsi l'ictère et l'ascite.

Ces observations opposent donc les cirrhoses masculines qui se présentent suivant le schéma classique, aux cirrhoses féminines atypiques, accompagnées de gros foie avec dégénérescence scléro-graisseuse et entrecoupées dans leur évolution d'épisodes variables. L'étiologie ne fournit pas d'explication satisfaisante à ces faits : même degré d'alcoolisation dans les deux sexes. Le pourcentage des réactions de Bordet-Wassermann positives est sensiblement le même. Nous avons trouvé chez les hommes trois réactions positives sur sept ; chez les femmes, sept sur seize. Mais si l'on admet, comme je l'ai défendu en 1897 au Congrès de Moscou, que la cirrhose est une réaction de défense, une réaction protectrice contre l'agression toxique, ces différences s'expliquent aisément. Le squelette collagène semble fixer le poison avant qu'il ne parvienne à la cellule elle-même.

Ce fait est illustré par de nombreux exemples.

Tout récemment encore un délirium tremens mort en quatre jours dans le service au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques des plus graves avec hyperthermie, présentait à l'autopsie un foie avec dégénérescence grais-

© BIU Santé

seuse des plus prononcée, sans aucune sclérose, ni infiltration diapédétique, ni trace d'une réaction conjonctive. Le foie avait subi l'aggression de l'alcool sans se défendre et une cause occasionnelle minime avait déclanché le grand événement terminal.

Dès lors on comprend la fréquence des cirrhoses féminines. Chez l'homme et la femme le degré de résistance à l'alcool n'est pas le même.

L'homme de par sa robusticité, un travail actif, une accoutumance ancestrale peut-être, subit moins facilement son atteinte. Aussi à alcoolisation égale, la femme sera plus fréquemment atteinte, souffrira davantage dans ses cellules faisant surtout une hépatite.

Là encore l'on peut répéter que si le tissu scléreux donne le diagnostic, l'état de la cellule hépatique, encore plus important, fournira le pronostic.

Tels sont en résumé les faits. Le nombre anormal des cirrhoses féminines est-il au lendemain de guerre dû aux conditions spéciales créées par la guerre pour beaucoup de femmes, travail dans les usines, gros salaires, et, comme conséquence, alcoolisme ? En tout cas, c'est un fait nouveau et inquiétant.

Au point de vue médical, il nous montre qu'il faut en clinique dissocier les cas de cirrhoses et ne pas les confondre en bloc dans une formule uniforme (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le centenaire de Paul Broca

L'Académie de médecine, qui a célébré avec éclat le troisième centenaire de la naissance de Sydenham, ne pourra moins faire pour le premier centenaire de Paul Broca, né en juin 1824 à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).

Le père et la mère de Broca étaient de vieille race huguenote, et son grand'père maternel, pasteur protestant, homme d'un grand caractère et d'une éloquence entraînante, avait été maire de Bordeaux sous la Terreur. Le père exerça la médecine pendant un demi-siècle à Sainte-Foy après avoir fait la guerre d'Espagne sous le premier Empire en qualité d'aide-chirurgien militaire ; dans ses dernières années, il vint se reposer à Paris auprès de son fils, dont il suivait ponctuellement la visite au vieil hôpital des cliniques, heureux et fier comme un roi.

Paul Broca avait fait ses études au collège de Sainte-Foy, qui était alors le rendez-vous de l'élite de la jeunesse protestante de France, des Monod, des Coquerel, des Pressensé, des Reclus ; mais il se libéra de bonne heure de toute confession et n'appartint jamais qu'au diocèse de la libre-pensée.

Reçu bachelier ès lettres et ès sciences à 16 ans, il se destinait à l'Ecole polytechnique vers laquelle le poussait un goût marqué pour les hautes mathématiques. La mort d'une sœur vint changer sa décision. Il renonça à une carrière qui l'eût éloigné de ses parents dont il était devenu l'unique affection ; et d'ailleurs, ne croyant pas aux vocations, il se décida pour la médecine. Il partit donc pour Paris à la fin de 1841 et, pour subvenir à ses frais, passa toute une année au Collège Sainte-Barbe comme maître suppléant. Interne des hôpitaux à 20 ans, puis interne lauréat, prosecteur, il fut reçu docteur au mois d'avril 1849 avec une mince thèse inaugurale de 64 pages sur le cancer.

Depuis cette époque, c'est par centaines que Broca a accumulé les publications, livres et mémoires, depuis l'anatomie et la zoologie jusqu'à la linguistique et à l'histoire. Il n'est guère de sujet où il n'ait du premier coup fait une découverte, petite ou grande ; il n'en est pas où il n'ait laissé la marque de son originalité.

Comme anatomiste, par exemple, Broca est l'auteur des deux derniers volumes du grand Atlas de Bonamy et Beau, qui comprennent toute la splanchnologie. Parmi les recherches originales qui y sont consignées, nous citerons la découverte du muscle amygdalo-glosse, la description des arcades artérielles gingivales, du sac dartoïque de la femme, la structure de la tunique musculeuse de l'estomac, la structure du foie et de la rate.

En anatomie comparée, nous citerons son *Parallèle de l'homme et des primates* ; en zoologie, son mémoire sur les *animaux ressuscitants*. Ce dernier travail de 150 pages, où sont exposés et discutés tous les faits et toutes les théories qui se rattachent à la question des réviviscences, raconte les expériences faites par une commission de la Société de Biologie dont Broca était rapporteur. Des rotifères, desséchés pendant 82 jours dans le vide sec de la machine pneumatique, puis soumis pendant deux heures à une température croissante de 50 à 100°, et enfin maintenus une demi-heure à 100°, se sont ensuite ranimés sous les yeux des commissaires.

Il faudrait un gros volume pour retracer dignement l'œuvre immense, géniale et si variée de Paul Broca. Nous devons nous borner à rappeler ses recherches sur la pathologie des cartilages et des tissus non vasculaires, sur le rachitisme, les pieds-bots, le cancer, les luxations sous-astragaliennes, la galvano-caustie, l'étranglement dans les hernies. C'est sur ce dernier sujet que lui fut imposée sa thèse de concours d'agrégation, rédigée en 15 jours à peine, suivant les exigences du règlement, et qui n'en est pas moins une œuvre achevée. Il fut nommé le premier de la promotion, à 29 ans, aux applaudissements de tout l'amphithéâtre.

En 1856, Broca fit paraître un traité de près de mille pages sur les *anévrysmes et leur traitement*, qui devint classique dès le lendemain de son apparition. Pour la description et l'appréciation des méthodes de traitement, qui n'étaient pas moins de 19 connues jusqu'alors, Broca mit en œuvre plus de onze cents observations, et, grâce à ce travail énorme, il put déterminer le mode d'action de chaque méthode et rectifier bon nombre d'opinions erronées.

Vers la même époque, Broca réunissait les matériaux de son célèbre *Traité des tumeurs*, dont deux volumes ont paru, et qui est resté malheureusement inachevé.

C'est en 1861 qu'il commença la série de ses travaux sur le siège du langage articulé, qui devaient suffire à rendre son nom immortel. Presque aussitôt les Anglais appelèrent *Broca's convolution* la troisième circonvolution du lobe frontal gauche.

Doué d'un remarquable talent d'écrivain, Paul Broca se délassait de ses travaux biologiques en faisant du journa-

(1) Leçon recueillie par M. Longchampt, interne du service.

© BIU Santé

lisme médical, où il était passé maître, et en écrivant pour ses collègues de la Société de chirurgie des éloges, qui sont restés des modèles inégalés. Ce fut d'abord la biographie de Gerdy, son maître le plus aimé, puis celles d'Amédée Bonnet, d'Adolphe Lenoir et de François Lallemand. Nulle lecture n'est plus suggestive, et l'on découvre à chaque instant des aperçus savoureux sur les grands chirurgiens du siècle dernier : Dupuytren, Lisfranc, Récamier, Delpech, Blandin, Cruveilhier, Marjolin, etc. Voici, par exemple quelques lignes peu banales : « Ce n'était pas le hasard qui avait conduit Bonnet à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Récamier. Ce praticien renommé, né comme lui dans l'arrondissement de Belley, l'avait accueilli avec bonté dès le début de ses études ; il l'avait choisi pour interne avec d'autant plus d'empressement que le jeune homme manifestait dès lors les sentiments religieux qu'il conserva toute sa vie. Récamier, comme on sait, était assez disposé à croire que le mérite des gens était proportionnel à leur piété, et il s'y trompa bien souvent ; mais sa confiance cette fois ne pouvait être mieux placée. Sous le patronage de cet homme singulier, qui n'eut jamais beaucoup d'élèves, mais qui exerçait sur les jeunes gens autour de lui une influence voisine parfois de la fascination, Bonnet était disposé... »

En dehors des biographies de Desault et de son compatriote girondin Pierre Gratiolet, Paul Broca s'est intéressé à la chirurgie antique de Celse et de Paul d'Egine. Les recherches de l'auteur sur la profession médicale à Rome lui ont permis de concilier les textes contradictoires invoqués pour ou contre l'opinion de ceux qui font de Celse un médecin. On ne désignait sous le nom de *medici* que les médecins, grecs pour la plupart, qui vivaient de leur art ; mais l'étude de la médecine, comme celle de la philosophie, faisait partie de l'éducation des lettrés. C'est pour eux et non pour les médecins que fut écrit le livre de Celse.

Broca a établi aussi que Paul d'Égine n'était pas chirurgien, mais un simple compilateur : le fameux chapitre sur l'anévrysme, en particulier, a été copié mot par mot dans la *Chirurgie d'Antyllus*, avec quelques omtssions qui prouvent l'ignorance du plagiaire.

Je signale enfin aux curieux, dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1855, quatre articles critiques de Broca sur l'ouvrage de M. Marmisse intitulé : *Merveilles médicales de l'Evangile*.

L'orientation de Broca vers l'anthropologie remonte à 1847, alors que simple aide d'anatomie, il avait été adjoint pour l'étude des ossements à une Commission chargée par le projet de la Seine de faire un rapport sur les fouilles de l'ancienne église des Célestins. C'est ainsi qu'il fut conduit à s'enquérir des livres, bien rares alors, où il était question de crâniologie et d'ethnologie. La Société ethnologique de Paris, fondée par William Edwards (frère de Milne Edwards) en 1838, s'était dissoute après dix ans d'existence, et ne s'était guère occupée que de monogénisme et de polygénisme.

En 1858, Paul Broca étudia la fécondité des léporides, les croisements des chiens avec les loups et les chacals la fécondité des mules, les croisements à fécondité limitée entre certaines races humaines, et il concluait que l'ensemble des faits déposait en faveur de l'opinion des polygénistes. La Société de biologie était toute désignée pour entendre et discuter les opinions subversives du jeune savant (il avait 34 ans) ; mais le président d'alors, qui était Rayer, supplia Broca de retirer les communications amorcées. C'est ainsi que notre savant fut amené à fonder une Société où les questions relatives au genre humain pourraient se développer librement : ce fut la *Société d'anthropologie*, dont le recrutement n'alla pas tout seul. On s'adressa d'abord aux membres de l'ancienne Société ethnologique : tous refusèrent de se joindre aux six membres de la Société de biologie qui, Broca en tête, prenaient cette initiative téméraire. Ce fut seulement au bout d'une année que, grâce à un bon nombre de signatures de complaisance, la liste des membres fondateurs fut portée à 19, et qu'on pnt se réunir enfin le 19 mai 1859. L'autorisation du préfet de police n'avait été accordée qu'après de longues démarches et grâce à l'intervention officielle du professeur Tardieu, bien en cour. Encore fallait-il subir la présence d'un agent de police (en bourgeois), chargé de faire un rapport sur chaque séance.

Cette surveillance dura plus de deux ans. Broca aimait à raconter qu'un jour le policier s'enhardit à demander un congé, s'il n'y avait rien d'épineux à l'ordre du jour : « Non, mon ami, dit le maître, vous n'irez pas vous promener ; faites votre métier et gagnez votre argent ! » En 1863, la Société fut reconnue d'utilité publique par le ministre Duruy.

Pendant les trois premières années de la Société, c'est Broca qui, malgré ses occupations de toute sorte et la rédaction incessante de nouveaux mémoires, assurait la publication intégrale et exacte des Bulletins. Sous sa plume, les discussions prenaient un ton serré qui mettait en relief les arguments improvisés ; et cependant il écrivait les comptes rendus presque entièrement de mémoire, car il prenait une part trop active aux débats pour avoir le temps de recueillir des notes.

Paul Broca est resté jusqu'à sa mort l'âme de la Société d'anthropologie et de toutes les fondations qui en sont sorties : sociétés similaires à l'étranger, Ecole fondée en 1876, Musée, Laboratoire, *Revue d'anthropologie* fondée en 1872, Congrès et Expositions. Son nom était glorieux dans tous les pays étrangers. Dans les dernières années de sa vie, il avait entrepris une série d'études sur la morphologie cérébrale : il se proposait de faire pour le cerveau ce qu'il avait accompli pour le crâne et de compléter les études que Gratiolet avait ébauchées sur les plis cérébraux de l'homme et des primates.

Comme j'aimerais à parler de son beau mémoire sur l'origine et la répartition de la langue basque, de sa conférence célèbre sur les Troglodytes de la Vézère, toute neuve encore depuis plus d'un demi-siècle ! Mais il faut se borner, et je préfère rappeler un fait peu connu et conté par le professeur Pozzé, à savoir le sauvetage, pendant la Commune, de *soixante quinze millions de francs*, tant en numéraire qu'en titres, opéré par Broca au profit de l'Assistance publique, alors que le directeur avait fui à Versailles, abandonnant la Caisse et sans prévenir Broca, qui était alors vice-président du Conseil de l'A. P. Ce fut toute une aventure : les valeurs, emportées dans des sacs de nuit, puis entreposées à la Charité, furent expé-

© BIU Santé

diées à l'hospice d'Ivry dans une charrette de pommes de terre qui naturellement prit la route de Versailles...

Paul Broca était, dit-on, chevalier de la Légion d'honneur, et, si l'on en croit son compatriote le Dr Boymier. il avait même eu la fortune bizarre d'être nommé deux fois. Mais chose encore plus rare, il ne porta jamais le moindre ruban rouge à sa boutonnière, et cette décoration n'est pas mentionnée sur l'Exposé des titres et travaux scientifiques qu'il fit imprimer à l'occasion de sa candidature à l'Académie des Sciences en 1868. Je ne sais quel Dupaty lui fut préféré, et Victor Hugo n'entra pas tout de go parmi les Immortels. L'œuvre de Broca représente celle de deux ou trois savants de premier ordre, et chacun d'eux isolément eût sans doute trouvé place dans une des sections de l'Académie. Les confrères déjà pourvus ont sans doute nommé un chirurgien dont toute la science était dans la main : cela s'est vu !

Quelques mois avant de mourir d'une crise d'angine de poitrine (9 juillet 1880), Broca avait été élu sénateur inamovible. Il avait 56 ans, et s'il avait vécu, sans doute serait-il devenu ministre de l'I. P. comme son ami Berthelot. Mais lui, qui semblait bâti de marbre et d'airain, avait eu comme un pressentiment de sa fin prochaine. Alors que ses amis le fêtaient dans un banquet pour son élection au Sénat : « Si la loi des compensations est vraie, s'écria-t-il, un grand malheur me menace, mes amis, car je suis bien heureux ! »

Quel magnifique type de savant français par sa gaieté, sa causerie charmante, le tour original de son esprit ! La vivacité de l'allure, l'ampleur du front, la profondeur et la mobitité du regard, voilà ce qui frappait tout d'abord ; puis la pensée se concentrait sur quelque travail intérieur et lui donnait l'air distrait et songeur. L'éclat de la voix et la force du geste, l'animation de sa figure prêtaient à son discours un mordant bien spécial, surtout dans la controverse ou quand il parlait sur un sujet de prédilection. Ce grand savant était doublé d'un poète et d'un artiste, qui s'intéressait à tout, histoire, esthétique, littérature, administration et politique. C'était un être vraiment exceptionnel. Comme l'a écrit son meilleur ami, le professeur Verneuil : « Qui de longtemps pourrait prétendre à l'égaler en activité, en persévérance, en esprit, en finesse ? Qui pourra se flatter d'accumuler dans son cerveau une somme tellement inouïe de connaissances littéraires et scientifiques qu'on restait confondu devant cette vivante encyclopédie ? »

P. S. Un condisciple de Broca, le Dr Boymier (de Sainte-Foy), a donné sur son ami quelques détails pittoresques : toujours le premier en tout, même sur le cor d'harmonie, qui était son violon d'Ingres ; un jour, tirant de la rivière son domestique qui était en train de se noyer, etc.

Il fait justice de la légende qui attribue à Broca deux incisives au moment de sa naissance et le met ainsi de pair avec Louis XIV et Mirabeau. Notre héros naquit, au contraire, malingre et débile, encore comme Victor Hugo, si bien qu'une amie du papa lui conseilla : « Mon cher Benjamin, quand on a un enfant si peu réussi, on lui donne une bonne nourrice. »

Dr-E. Callamand (de St-Mandé).

MEDECINE MILITAIRE

Religio vastata

On conte que, dans les siècles passés, un prophète assigna à chacun des papes à venir une devise devant caractériser le règne de ce pape. L'une de ces devises était: *Religio vastata*. Je pense que si le bon prophète s'était complu à caractériser les différentes périodes de la Médecine d'armée, c'est incontestablement à la phase actuelle qu'il eût pu appliquer avec justesse son mot « Religio vastata » : les prêtres quittent l'autel où des mains pieuses mais insuffisamment nombreuses s'efforcent à entretenir le feu sacré ; la flamme vacille, manque d'aliments, le flambeau risque de s'éteindre ; éperdument les médecins militaires abandonnent la maison où sur les dalles vénérables les pas commencent à sonner le vide.

Je ne gaspillerai pas le temps à légitimer la nécessité d'une médecine militaire. Faite pour l'armée, la médecine d'armée pourrait, à la rigueur, exister si l'armée n'existait plus, je veux dire était une pure milice. Par contre on ne conçoit pas une armée sans une médecine d'armée. A ceux-là même des âges où le *sentiment d'humanité* et le besoin de *récupération des effectifs* n'étaient même pas à l'arrière-plan des préoccupations des chefs et des gouvernements, il y eut une médecine d'armée. César avait ses médecins militaires.

Je ne m'arrêterai pas non plus à la conception que la médecine d'armée pourrait être remise intégralement entre les mains de confrères civils. J'ai naguère traité longuement ce point, exposé tout ce qui vient à l'encontre de la proposition. Un argument en résume beaucoup d'autres : aux médecins civils qui seraient les médecins d'armée ne tarderaient pas à s'imposer, avec les obligations et les droits inévitablement inhérents à leurs fonctions militaires, une codification qui ne serait que la résurrection des us et principes de notre Corps de santé militaire. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, nous entendrions les mêmes doléances et les mêmes critiques que par le passé, devrions parer aux mêmes exigences, satisfaire les mêmes besoins, obvier aux mêmes difficultés, bref assister, au prix d'une expérience extrêmement coûteuse, à la reviviscence d'un organisme qui, de par la force des choses ne peut pas ne pas être, et même qui ne peut pas, — au moins dans ses grandes lignes — être autrement qu'il est. De fait, toutes les nations ont leur médecine d'armée et ces différentes médecines d'armée se ressemblent comme des sœurs. Seulement il est des sœurs riches et des sœurs pauvres, il en est de plantureuses et d'anémiques ; certaines enclosent en de riches draperies leurs formes opulentes tandis que telle autre n'a conservé pour tout vêtement qu'un misérable lambeau de pagne, un haillon dont elle essaye de couvrir sa nudité.

Une question délicate que je ne traiterai pas — du moins que je ne traiterai pas aujourd'hui — est celle de la liaison entre les différents corps ou corporations médicales, de leur interpénétration. En guerre, tous les médecins civils sont médecins militaires. Beaucoup se plaignent que l'armée n'accorde pas à leur mérite technique une *autorité technique* suffisante ou n'assigne à ce mérite technique qu'un champ trop restreint ; d'autres se plaignent de ne pas disposer dans l'armée de l'*autorité* tout court (avec les avantages honorifiques et matériels qui lui sont liés) convenant à leur âge, à leur expérience ou à leur aptitude naturelle à commander ou à administrer. D'autres enfin accusent l'armée de leur dénier, de leur marchander, au profit de confrères militaires, à la fois l'autorité et l'autorité technique.

Aucun esprit libéral, aucune intelligence pondérée ne peut, je crois, se refuser à envisager comme fondements de

© BIU Santé

la doctrine, — doctrine qui ne doit pas distinguer entre médecins militaires et médecins civils militarisés — certains principes que l'on pourrait sans doute résumer ainsi :

Toute question de personnes devant être écartée, le salut du blessé, le salut du malade, le bien du blessé, le bien du malade, sont le but vers lequel doivent tendre toutes les volontés.

Toute question de personnes devant être écartée, la conservation et la récupération des effectifs sont le but, assigné par l'intérêt de la nation, vers lequel doivent tendre sans défaillance tous les bons citoyens (qu'ils soient médecins ou non).

Au meilleur technicien l'autorité supérieure dans la technique.

Pour les buts à atteindre l'autorité (tout court) à ceux qui, techniciens éminents ou non, sont le plus capable de l'exercer en raison de leur expérience ou de leurs aptitudes naturelles.

L'observation témoigne de ce que nombre de techniciens éminents sont aussi des chefs éminents, mais parfois elle témoigne de ce qu'il n'en va pas ainsi.

Il en résulte que l'application du canevas que je viens d'esquisser ne laisse pas que de rencontrer des difficultés. On ne peut pas, on ne doit pas ravaler un technicien éminent parce qu'il manque d'expérience militaire ou parce que la nature l'a mal pourvu de l'aptitude à ordonner et à faire exécuter ses décisions. Les notes d'un grand médecin du siècle passé consignaient : *Intelligence confinant au génie, est incapable de diriger un hôpital de cinquante lits.* Des ajustements sont à imaginer qui assurent au technicien éminent les avantages honorifiques et matériels, qui lui procurent la quantité de prestige et de confort dus à ses exceptionnelles qualités. Et cependant il ne faut pas que la situation qui lui est impartie soit de nature à contrecarrer l'autorité de celui qui, technicien éminent ou non, a la charge de tirer d'un organisme médical de l'armée le maximum de rendement profitable au blessé et à la nation. C'est dire que de la bonne grâce, de la modération, de la sagesse doivent aiguiser chez tous l'efficacité des ajustements destinés à permettre la coexistence harmonieuse de la dualité qui est naturellement dans la médecine d'armée, comme elle est naturellement en tout médecin militaire et en tout médecin militarisé.

Je ne pense pas qu'il soit superflu d'insister sur cette dualité. Car comment parler avec justesse d'un terrain si l'on ne commence pas par en connaître la configuration et les caractéristiques ? Cette dualité du médecin d'armée est à l'origine même de la crise qui dépeuple la médecine d'armée, comme elle devra soutenir et vivifier les éléments essentiels de la thérapeutique destinée à sauver, pour le plus grand bien du malade et de la nation, notre médecine d'armée.

Tout médecin militaire ou militarisé compte en lui non pas un technicien, mais bien deux techniciens, l'un est un *technicien spécialiste* : il est spécialiste médecin où spécialiste chirurgien, il peut être de plus bactériologue, radiologue, laryngologiste, dermatologue, et même gynécologue ; l'autre est le *technicien médico-militaire*, c'est-à-dire, qu'il exerce cette spécialité modeste (parfois héroïque) qui consiste à utiliser des fonctions de l'organisme militaire, à jouer de ces fonctions au mieux des intérêts des blessés ou malades militaires et de ceux de la nation.

Médecin militaire ou militarisé, chacun de nous est double et l'observation de cette dualité dans la corporation et dans l'individu est, à mon sens, toute pleine d'enseignements. Comment, par exemple, ne pas admirer que, durant la guerre, des médecins civils se sont au bout de quelques jours, révélé de merveilleux médecins militaires dont l'ingéniosité en technique médico-militaire, le don de commander n'avaient d'égale que la bravoure au feu.

Et comment, d'un autre point de vue, ne pas s'étonner que loin ne reconnaître la dualité qui est en chacun de nous — et qui doit être reconnue *puisqu'elle est* — nos dispositions distinctes sont astreintes à disparaître à l'oreille et à l'œil du public sous l'uniforme grossièreté de dénomination détestables ?

Un homme de talent, déjà riche de passé, encore plus riche d'avenir est chirurgien. Il a fait ses preuves, scientifiques et autres ; il tient entre ses mains la vie d'autres hommes ; c'est une valeur, une force sociale.

L'armée le veut *aide-major* (ce qui, dans la prononciation poilue se prononce *aide majaur*). La sollicitude d'une loi lui vaut d'être de *première classe* — à la façon d'un enterrement de bourgeois aisé.

Ecoutons-le :

« Dans ma disgrâce, je remercie le Ciel de ne m'avoir fait ni *Principal* (on m'eût dit : *Intérêt et Principal*, vraiment ! *intérêt*, nul sans doute ; mais *principal*... de quoi ?) ni *Inspecteur* (1) (des naïfs ou quelques malicieux m'eussent demandé de quelles sortes de bipèdes, de quelles variétés d'établissements ou de matières nommables ou innommables j'étais l'*inspecteur*, mais seulement *major* (prononcez *majaur*) et même *Monsieur le Major* (prononcez : *Mossieu l'Majaur*).

« Or le mot major (ou majaur) ne constitue pas seulement, dans mon cas, une appellation technique ; elle est aussi celle de mon grade alors que, par l'effet d'une subtilité qui m'échappe, cette appellation de major ne sert jamais dans le vocabulaire militaire, à spécifier un grade mais qu'elle est exclusivement utilisée pour désigner une trentaine de fonctions disparates, depuis celles du *Major de la flotte* ou du *Major de cantonnement* jusqu'à celles de *trompette-Major* en passant par celles du *Gros major*

« Major veut dire *plus grand que* c'est-à-dire supérieur. Ceci est incontesté, incontestable.

« Je suis le major, le m*ajaur* c'est-à-dire le supérieur de mes infirmiers, d'accord. Mais n'étant qu'aide-major (aide-m*ajaur*) je suis l'inférieur de cet aimable praticien blanchi sous le harnais, à qui je dénie la supériorité technique et que je dois cependant vénérer, que je dois décorer avec l'apparence du plus parfait esprit de soumission du titre de *Major*, de cet autre que j'appellerai humblement *M. le Principal*...

« Eh bien ! non.

« Je n'accorde pas qu'un praticien qui m'est techniquement inférieur soit, pour moi un *inspecteur*, un *principal*, un *major*, ce qui implique que je suis un *minor*. J'ai fait mes preuves ; mes anciens, mes pairs, mes élèves me saluent du nom de maître. Sans doute, comme tous les bons citoyens, je suis prêt à me plier à la discipline militaire, à saluer du titre de *Capitaine*, de *Commandant*, de *Colonel*, de *Général*, de *Général inspecteur* ceux à qui je suis militairement subordonné, ceux qui, en matière militaire en savent plus que moi.

« Qu'un médecin militaire, qu'un confrère civil momentanément militarisé, rompu à la spécialisation médico-militaire ou plus apte que moi à exercer cette spécialisation médico-militaire soit, dans l'armée, Capitaine-Médecin, Commandant-Médecin, Colonel-Médecin, Général-Médecin, Général-Médecin Inspecteur je ne me sentirai pas gêné pour lui obéir en matière militaire, encore moins pour lui donner son titre, mais dans la technique, je ne reconnais mes maîtres que mes maîtres en technique et si je me rencontre au lit du malade avec moins compétent que moi, je prétends, celui-ci fût-il militairement haut gradé, que c'est sa technique qui est serve et que la mienne est maîtresse, que c'est lui l'aide (s'il est capable de l'être) et que c'est moi qui suis le *major* ».

Notre confrère avait raison, encore que son opinion eût gagné à être exprimée avec davantage de modération et que les qualifications péjoratives dont l'armée affuble les médecins méritent plutôt la pitié que l'irritation. Au lit du malade il n'est pas de *galons* ; il n'est que des *compétences*... ou des *incompétences*.

Toutefois l'irritation s'explique car ce n'est pas seulement l'homme, le médecin qui est atteint, c'est notre corporation, la corporation médicale, qui est ravalée.

Nous devons prendre garde à une question d'optique dont l'importance échappe fréquemment aux esprits scientifiques. « Dans l'armée française, disait un médecin militaire, pour l'officier, pour le sous-officier, pour le poilu nul ne peut sans diminution capitale être un *Monsieur le*... s'il n'est pas le Maréchal de France ou Gouverneur de Place forte c'est-à-dire si l'appellation *Monsieur le*... est autre chose qu'une sorte de parure *surjoutée* à un grade militaire qui, dans les exemples choisis, se trouve être celui de général de division. *Monsieur le*... est un stigmate infligé pour marquer la caste, à tous les individus : officiers d'ad-

(1) Nul n'ignore ce qu'est un colonel, un général ; quelle est leur importance sociale ; personne ne sait ce que sont un Principal ou un Inspecteur.

© BIU Santé

ministration, interprètes, médecins, chefs de musique... de la tribu douloureuse qu'au temps de ma prime jeunesse les combattants de 1870 appelaient avec un ironique mépris la grande tribu des *marchaprès* ».

Et un médecin civil, praticien très remarquable, homme de guerre admiré, trois fois blessé dans les premières lignes, disait à propos de cette distinction entre *Marchaprès* et *Marchavant* (distinction qui charge la mémoire du Poilu de *soixante-dix* appellations distinctes) : « Pourquoi nous autres médecins qui avons une importance sociale, qui avons un passé, de l'expérience, une culture étendue, qui sommes bienfaisants à tous, qui subissons le feu de l'ennemi jusque dans l'extrême proximité de l'ennemi, qui vecûmes longuement au danger dans des endroits, par des circonstances que tant de marchavant ne connurent jamais que par l'imagination, nous qui avons perdu tant des nôtres tués par le feu de l'ennemi ou fauchés par la contagion, pourquoi, nous docteurs en médecine, sommes-nous dans l'armée traités en parents honteux, pourquoi notre corporation, la corporation médicale, est-elle ainsi abaissée, pourquoi en même temps que la qualification technique qui le situe techniquement, chacun de nous n'a-t-il pas dans l'armée le qualificatif militaire qui le situe militairement ?

Voilà la clarté, voilà la vérité.

Dans l'armée tout médecin se dédouble : en technique professionnelle il est externe, interne, prosecteur, docteur, agrégé, professeur... etc. ; en technique médico-militaire il est lieutenant, capitaine, colonel, etc..

Et loin de chercher à renforcer les cloisons entre médecins civils militarisés ou militarisables et médecins militaires, il faut au contraire les abaisser ; loin de s'essayer à opposer la hiérarchie scientifique à la hiérarchie proprement militaire, nous devons nous réjouir chaque fois que les aptitudes variées d'un confrère militaire ou militarisé, permettent de réunir en lui le beau titre scientifique et le haut grade militaire.

Et la distinction conforme à la vérité, c'est-à-dire *à ce qui est*, puisqu'elle ne fait qu'exprimer la dualité fonctionnelle du médecin militaire ou militarisé, nous aura valu la *clarté*.

Ainsi pourrons nous édifier sur une base solide, lorsque nous rechercherons quelles sortes d'avantages honorifiques et quelles sortes d'avantages matériels doivent être consentis pour sauver la médecine d'armée.

Parlons net : il ne faut pas honneurs ou argent ; il faut argent *et* honneurs,

Et la répartition en devra être graduée de façon telle que soient satisfaites les exigences légitimes de chacun des deux spécialistes qui coexistent dans chaque médecin militaire, militarisé ou militarisable du pays.

Dr E. de M.

Reproduction autorisée sous réserve d'indiquer que l'article est extrait du Progrès médical, *du 12 juillet* 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1924.

Essai d'immunisation contre l'infection tuberculeuse. — M. ***Calmette*** rappelle qu'en collaboration avec MM. Guérin, Weill-Hallé, Roquet, Nègre, Hilbert, Marcel Léger et Turpin, il a entrepris depuis une vingtaine d'années une série de recherches qui ont donné des résultats si encourageants qu'après de nombreuses expériences sur divers animaux, en particulier sur des veaux, sur des singes. M. Calmette a cru pouvoir tenter des essais sur l'homme, après s'être assuré de la parfaite innocuité du vaccin employé. Ce vaccin est constitué par une race spéciale de bacilles artificiellement atténués par 230 cultures successives sur bile de bœuf et qui ont ainsi perdu la propriété de provoquer la formation de tubercules. On peut ainsi immuniser de eunes veaux assez solidement pour que dix-huit mois après la jvaccination ils résistent à l'inoculation tuberculeuse.

Aux jeunes animaux ainsi vaccinés, on peut faire absorber des doses qui, chez tous les autres, provoquent immanquablement l'évolution d'une granulie aiguë ; on peut les exposer à toutes les contagions dans les étables les plus malsaines : ils ne deviendront pas tuberculeux, pour peu que vous preniez soin de renouveler tous les ans l'immunisation.

Le bacille traité par M. Calmette et ses collaborateurs a reçu le nom de B. C. G. Il est parfaitement bien toléré par tous les animaux susceptibles de prendre le bacille de Koch.

Condition indispensable : l'animal ou la personne humaine que l'on veut inoculer doit être indemne de toute infection tuberculeuse préalable.

Or, la tuberculose humaine qui n'évolue qu'assez rarement est répandue à tel point que 98 p. 100 des hommes, même vigoureux, réagissent positivement à l'épreuve de la tuberculine.

Il s'agit donc de pratiquer la vaccination chez des sujets assez jeunes pour qu'aucun risque de contamination par le milieu n'ait pu les effleurer.

En Seine-Inférieure et en Seine-et-Oise, de jeunes bovidés nés de mères tuberculeuses furent inoculés d'abord, au cours des quinze premiers jours de leur existence, avec le vaccin B. C. G., puis revaccinés tous les ans une fois. On en compte 127 . ils sont tous en bonne santé.

Mêmes résultats chez les singes anthropoïdes dont les réactions aux microbes et aux toxines sont les mêmes que celle de l'homme.

Il s'agit donc de vaccinations et de revaccinations annuelles.

Ces vaccinations se sont montrées d'une absolue innocuité et d'une certaine efficacité. Parmi les nombreuses expériences qu'a citées M. Calmette, nous retiendrons surtout celle-ci : trois singes sont enfermés dans la même cage : l'un a subi l'inoculation tuberculeuse, un autre a reçu la vaccination en question, le troisième a servi de témoin. Ce dernier est devenu tuberculeux et est mort. Celui qui a été vacciné est resté bien portont, Ce vaccin a donc surtout une action préventive.

Lorsque les auteurs ont été bien convaincus, par de multiples expériences sur les animaux, ils l'ont employé en ingestion chez de jeunes enfants, même chez des nouveau-nés, entre le troisième et le septième jour après la naissance, enfants de mères tuberculeuses qui n'ont pas voulu s'en séparer. Ces vaccinations ont été ainsi pratiquées sur 217 nourrissone. Trois mois après, ces enfants, même ceux qui sont restés en milieux tuberculeux, présentaient une cuti-réaction négative.

Les auteurs croient pouvoir conclure de ces faits que ce vaccin s'est montré d'une efficacité bien probable et d'une immunité non douteuse.

Traitement de l'hydrocèle vaginale simple par l'injection iodée. — M. ***Pierre Bazy*** s'élève contre l'abus qu'on fait des méthodes sanglantes dans le traitement de l'hydrocèle vaginale simple.

Ces méthodes sanglantes exigent, soit l'anesthésie générale, soit l'anesthésie rachidienne, ce qui est vraiment exagéré, ou une anesthésie locale compliquée.

L'injection iodée est d'une simplicité parfaite, d'une indolence absolue, grâce à une anesthésie locale extrêmement simple et n'expose pas à la récidive comme les méthodes sanglantes.

Deux cas de colite parasitaire guéris par l'emploi du stovarosl. — M. ***Léon Bernard*** rapporte deux cas de colite parasitaire dus, l'un à une lamblia, l'autre au balantisium coli, traités avec succès par le stovarsol.

Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — MM. ***Kotzaroff*** et ***J. de Morsier*** (de Genève) font une communication sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac qu'ils rapportent, d'après des expériences sur les animaux, à une infection par l'oïdium albicans, champignon du muguet.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section des sciences physiques et biologiques, en remplacement de M. Gariel.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 71, majorité 38, M. Jean Camus ayant obtenu 48 suffrages est proclamé élu.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1924.

Pseudo-kyste traumatique du pancréas. — ***M. Rouvillois*** rapporte l'histoire d'un pseudo-kyste du pancréas communiquée par M. Corboulles — et survenu tardivement après un traumatisme. On crut d'abord à une contusion sans gravité (par coup de pied à l'épigastre). Au bout de quelques jours apparut une légère contracture. Mais ce n'est qu'au bout d'un mois que les symptômes du pseudo-kyste se montrèrent. A un moment donné le pseudo-kyste s'est rompu, sans donner d'accidents graves. Mais peu à peu la tumeur se reforma. Une radioscopie donna de précieux renseignements sur le siège de la tumeur. L'intervention fut alors décidée, permit de constater que la tumeur siégeait bien dans l'arrière-cavité — et contenait environ 200 gr. de liquide.

Après tamponnement et péritonisation, on assista les jours suivants à un écoulement très abondant qui diminua progressivement et le malade finit par guérir.

M. Dujarrier fait observer que la fistule pancréatique n'est pas de règle.

M. Okinczyc croit que la fistule se voit toujours lorsque la communication entre la tumeur et le pancréas existe encore au moment de l'opération. Mais assez souvent cette communication a spontanément disparu et alors il n'y a pas de fistule.

Kystes non parasitaires du foie. — ***M. Lecène*** rapporte deux observations de M. Aumont relatives à deux cas de kystes non parasitaires du foie : l'un constaté au cours d'une opération pour hernie ombilicale — l'autre ayant donné lieu à un syndrome aigu rappelant la perforation d'un ulcère gastrique.

Dans les deux cas les parois du kyste ont été examinées histologiquement. Il s'agit d'anomalies de développement des voies biliaires.

L'intradermo-réaction comme moyen de mesurer la résistance à l'infection. — ***M. L. Bazy***, à l'occasion d'un travail de M. de Nabias, attire à nouveau l'attention des chirurgiens sur les renseignements que peut fournir au chirurgien l'intradermo-réaction — en donnant un moyen de mesurer la résistance du sujet qui doit subir une opération à l'infection — technique qu'il a déjà eu l'occasion de conseiller. A ce propos, il relate l'observation d'une fillette qu'il a récemment opérée d'appendicite. Opération sans incident — appendice atteint de folliculite simple. Les suites furent d'abord simples. Mais le deuxième jour, la température monte à 38°8, le pouls à 120. Le ventre reste souple. Le soir T° 40, pouls, 160, faciès très altéré. Pensant à des phénomènes toxiques, on reste dans l'expectative. Et dès le lendemain les accidents s'amendent et bientôt tout rentre dans l'ordre.

Les accidents de ce genre pourraient être évités en étudiant les réactions par l'intradermo-réaction. Si celle-ci est positive, la vaccination préventive est formellement indiquée avant toute intervention.

M. Grégoire fait observer qu'il est difficile de savoir si les malades qui sont sensibles auraient eu des accidents si on les avait opérés plus vite ou sans vaccin. On observe souvent chez les enfants opérés d'appendicite des accidents fébriles consécutifs.

M. Proust se déclare partisan de la méthode de L. Bazy.

Appendicite à symptômes anormaux. — ***M. Heitz-Boyer*** rapporte l'observation d'un malade auprès duquel il fut appelé en consultation. Il s'agissait d'un homme de 44 ans qui est pris brusquement d'une douleur vive au bout de la verge avec rétention d'urine, puis d'arrêt des matières et des gaz avec douleur dans le flanc gauche.

On pense à une colique néphrétique. Le lendemain un sondage est encore nécessaire — le ventre est ballonné — la douleur persiste dans le flanc gauche et bientôt la température monte. A ce moment le faciès est normal, le ventre un peu tendu, non douloureux à droite — un peu douloureux à gauche. Rien dans les régions rénales Rien au toucher rectal. Le sondage est facile et l'urine est sans caractère spécial.

Le malade est transporté dans une clinique ; la température monte toujours ; il n'y a ni nausées, ni vomissements mais l'état général s'aggrave et on opère. On trouve une appendicite avec péritonite généralisée. Le malade succomba dans la nuit.

M. Proust remarque que l'histoire est celle d'un abcès pelvien qui va s'ouvrir dans le péritoine. La rétention d'urine dans ce cas n'est pas rare. Ce qui est exceptionnel, c'est l'absence de tout signe au toucher rectal.

M. Michon insiste aussi sur cette absence de tout signe rectal, car dans les appendicites pelviennes on peut par le toucher arriver sur l'abcès.

Drainage interne des voies biliaires. — ***M. Duval*** fait une communication sur une méthode nouvelle de drainage interne des voies biliaires après les opérations sur celles-ci. Le drainage externe a de multiples inconvénients : il retarde la cicatrisation et la guérison et il entraîne la perte de la bile, ce qui est particulièrement regrettable.

La puissance digestive de la bile, son action antitoxique sont [illegible] et il y a là, étant donnée l'instabilité organique de ces malades, une cause importante de la gravité particulière de ces opérations sur les voies biliaires.

M. D. a tenté d'y remédier en donnant de la bile par la bouche, soit bile animale — soit bile du malade lui-même. Mais il est évident que le drainage interne serait à tous égards préférable. Celui-ci peut se faire par la dilatation de la papille — par la cholédocoduodénostomie que certains considèrent comme la méthode de choix. M. D. ne l'a essayée qu'une fois sans succès.

Il a alors essayé d'introduire dans le cholédoque une sonde de caoutchouc. On la pousse dans le duodénum, au-delà de la papille — d'une longueur de 10 cm. environ. Puis l'autre bout de la sonde est enfoncé vers le foie. La brèche cholédocienne est ensuite soigneusement suturée, péritonisée.

M. D. a employé cette méthode dans deux cas. Il a laissé une mèche dans la plaie. Mais il serait peut-être possible de tout réunir. Dans les deux cas le résultat a été très satisfaisant.

Le drain s'élimine spontanément plus ou moins tardivement.

M. Cunéo croit que le drainage externe a moins d'inconvénients que ne le pense M. D. En réalité, toute la bile ne sort pas et il en coule rapidement une certaine quantité dans l'intestin, car les matières se recolorent en général assez vite.

Il serait peut-être possible de supprimer les mèches, toujours très difficiles à enlever, et de se contenter de drainer. Néanmoins si les résultats de la méthode préconisée se précisent, il faudrait en faire la méthode de choix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mai 1924.

Métabolisme basal en clinique. — M. ***Stevenin*** pense que cette méthode d'examen doit être couramment employée en clinique, car actuellement, bien précise, elle est la meilleure que nous possédions pour apprécier l'état fonctionnel de la thyroïde. Le métabolisme basal est augmenté dans l'hyperthyroïdie, diminué dans l'insuffisance. Il permet de régler le traitement de ces affections et d'éviter des accidents.

Le tubage duodénal. Son application au diagnostic des infections et les altérations de la vésicule.— M. ***Nepveux*** expose que d'abord appliqué au diagnostic des fonctions pancréatiques, le tubage duodénal, grâce à la méthode de Meltzer-Lyon est utilisé pour le diagnostic des affections de la vésicule biliaire, en étudiant le retard de l'apparition de la bile dans le duodénum, l'aspect, la composition de la bile elle-même (présence de leucocytes, de mucus et de sang) le degré d'alcalinité de la bile vésiculaire, son abaissement étant dû au développement des bactéries dans le milieu.

H. DUCLAUX.

© BIU Santé

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C. Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune
Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ÉCHANT^on MÉDICAL Laborat^res A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple



ALUNOZAL
Salicylate basique d'Alumine

Antidiarrhéique puissant

L'**ALUNOZAL** libère, dans l'intestin seulement, l'**alumine** dont l'état gélatineux intensifie le pouvoir **d'absorber les toxines** et les propriétés **astringentes** que complète heureusement l'action **analgésique** et **antiseptique** du **salicylate alcalin** formé.

Tolérance stomacale parfaite. Toxicité nulle.

MÉDICATION de CHOIX des
DIARRHÉES de toutes natures
Aiguës et Chroniques

Comprimés à 0 gr. 50 (*Tubes de 20 comprimés*).
Granulés à 25 % (*Médication agréable, recommandée en médecine infantile*).

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS :
Laboratoire des Produits **"USINES du RHÔNE"**
21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e).



Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE"



SCURÉNALINE
(Adrénaline synthétiquement préparée — Chimiquement pure)

Exempte des variations inhérentes au produit extractif, la **SCURÉNALINE**, préparée par le Laboratoire des Produits **"USINES du RHÔNE"** avec le soin minutieux dont il entend faire la caractéristique de sa marque, est **toujours identique à elle-même**; la garantie très sérieuse de sa **régularité d'action** lui permet de se prêter à une **posologie rigoureuse.**

Solution au 1/1000e } Flacons de 10 et 30 c. c.
Ampoules de 1 c. c.

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS à la DISPOSITION de MM. les DOCTEURS

L. DURAND, Pharmacien, **21, Rue Jean-Goujon, PARIS** (8e).

R. C Seine : 104.380.

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0.001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES, des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. Exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine, 48283

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Descartes médecin

Si Descartes a fait de la médecine, il n'a jamais été médecin : la recherche de la vérité l'a entraîné vers la médecine comme elle l'avait aiguillé déjà vers la physique et la philosophie.

Toutes les branches de l'art médical furent touchées par Descartes à des degrés divers. On peut en juger en lisant l'étude récente de M. Robert Martin (*Descartes médecin*, Thèse de Paris, juin 1924, Legrand, éditeur). « Descartes connaissait l'anatomie du corps, dit M. Martin ; il en a imaginé la fonction. Il a consulté, prescrit, il a même enseigné dans une chaire d'université et discuté des cas difficiles lorsque les professeurs hollandais l'en priaient.

Si l'on joint à tous ces actes de sa vie la loyauté et la discrétion qui les ont réglés, on peut se convaincre que Descartes possédait les connaissances et les qualités inhérentes au bon médecin et ce titre de docteur que la princesse Elisabeth et quelques intimes lui décernaient par amitié, ou par habitude, nous pouvons le lui conférer aujourd'hui. »

Passant en revue l'œuvre médicale de Descartes, M. Martin constate que « l'embryologie ne contient pas de fait capital et que le cycle évolutif de la matière du fœtus, constitué par les ébauches du cœur, du cerveau, du dos, de la veine cave, de la poitrine, n'est que le reflet de sa théorie du tourbillon. La description anatomique des cavités cardiaques, de leurs valvules, de leurs vaisseaux, du système coronarien, du canal artériel, sont des faits probants. Mais ce qui doit frapper le lecteur, c'est que chaque détail obéit à un raisonnement méthodique de la part du médecin. La théorie antiatomique, l'absence de vide, la notion de mouvement circulaire et incessant, l'impulsion divine première commandent les descriptions de cette partie de son travail. Son anatomie du cerveau en particulier souligne bien l'analogie qu'il a voulu voir entre la composition de la substance cérébrale et la constitution de la matière en général. Quant au rôle de la glande pinéale, il n'en fait le centre nerveux principal que parce qu'elle est le siège de l'âme.

La physiologie cartésienne est entachée d'un certain nombre d'erreurs et ceci provient de ce que cette partie de la science médicale est soumise plus que toute autre, à l'individualisme de son auteur. La flamme vive et chaude, la goutte de sang qui se condense dans le cœur, les esprits animaux lancés du cerveau dans les tubes nerveux sont, pour Descartes, des faits fondamentaux qu'il a érigés en lois physiologiques et autour desquels il a fait graviter tous les autres phénomènes. Sur ce terrain, l'exactitude s'arrête à l'observation qu'il ne faut pas vouloir dépasser. Cependant, les aspects du cœur qui se contracte, le rôle des capillaires, les caractères du pouls, les remarques sur la tension artérielle, la couleur du sang, l'antagonisme musculaire constituent autant d'expériences toujours vérifiées. Mais ici le triomphe appartient à la physiologie optique.

La réfraction des rayons lumineux, l'accommodation, les changements de forme du cristallin, les réactions de la pupille à la lumière et à la distance, la perception lumineuse et l'acuité visuelle sont mentionnés avec une précision remarquables.

En matière de thérapeutique, Descartes eut peut-être tort de mépriser les médicaments de la chimie, mais ses idées sur la diététique, la propreté du corps et la cure de repos en font un hygiéniste de premier ordre.

La mémoire de Descartes médecin peut figurer en bonne place dans l'histoire de la médecine à côté de celle des maîtres du XVIIe siècle, dont certains furent ses collaborateurs, ses amis et ses disciples, puisque, tant par ses travaux que par ses actes, il a contribué au développement de la vérité scientifique et au soulagement des misères humaines ».

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Le n° 5 fr. Ab. pour la France : 50 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de mai 1924 : Bourdelle à l'Opéra de Marseille, par Waldemar George. — La peinture moderne en France, par Roger Fry. — L'exposition chinoise du Musée Cernuschi (I. Les Bronzes), par H. d'Ardennes de Tizac. — Francisco Durrio, par Gabriel Mourey. — Le salon des Tuileries par W. G. — Hors-texte : Reproduction en fac-simile d'une aquarelle d'Antoine Bourdelle.

Faites de l'Opothérapie !

Les Produits Organothérapiques A. RICHARD

vous donneront satisfaction par leur constance d'action et leur **ABSENCE D'ODEUR**

Tous les renseignements sur la pratique de l'Opothérapie se trouvent, avec quelques idées nouvelles, dans le ***Mémento d'Organothérapie Clinique,*** envoyé à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e
Téléphone : Gobelins 43-39

R. C. Seine : 29.288



PHOSPHOREOL DUROY

TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE

CERVEAU - CŒUR - MUSCLES

ÉCHANTILLON : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BEAUJON

Le mal de Pott de l'adulte,

Par M. le Professeur Ch. ACHARD,
Secrétaire général de l'Académie de médecine.

Bien qu'il soit sans contestation, beaucoup plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, le mal de Pott n'est pas, chez ce dernier, une exception. Mais à cet âge, il est souvent méconnu, du moins pendant une longue période de son évolution, ce qui diminue certainement sa fréquence apparente. D'abord, il y a, chez les adultes, des pottiques de l'enfance, qui conservent des lésions cicatrisées ou paraissant l'être, mais qui sont néanmoins sujets à des réveils de la maladie. Puis il y a des cas où la lésion évolue silencieusement pendant de longues années avant de se démasquer, ou bien se manifeste par des symptômes assez mal définis pour égarer le diagnostic. Aussi, reconnaître le mal de Pott chez l'adulte est-il souvent des plus faciles, mais parfois, par contre, des plus malaisés.

Chez le nourrisson, la tuberculose vertébrale provoque des douleurs dans les déplacements que l'on imprime au tronc et bientôt la lésion se révèle à la vue par la saillie vertébrale facile à mettre en évidence sur le corps souple du petit être et prompte à se produire dans des vertèbres de petites dimensions.

Dans la première enfance on observe sans doute d'autres déformations vertébrales que celle du mal de Pott. Il est des gibbosités rachitiques ; mais la scoliose rachitique est plutôt une courbure qu'une coudure ; la saillie est arrondie plutôt qu'angulaire, elle intéresse le plus souvent l'angle postérieur des côtes, elle ne s'accompagne pas de contractures et de rigidité vertébrale.

Chez l'enfant de 5 ou 6 ans, souvent la maladie se traduit d'abord par de la fatigue facile et par des chutes répétées, puis survient la paralysie. On pourrait songer à la paralysie infantile, mais il n'y a pas dans celle-ci de douleur vertébrale ni de rigidité.

Plus tard, à 8 ou 10 ans, ce sont les mauvaises attitudes qui frappent souvent l'entourage ; l'enfant se tient mal ; on attribue parfois ces attitudes au travail scolaire. Mais souvent aussi l'enfant tient sa tête de travers. De plus, il se plaint de douleurs vagues dans le thorax, l'abdomen, les membres. Il n'est pas toujours facile de les distinguer de celles du rhumatisme vertébral.

Dans tous ces cas, une exploration méthodique de la colonne vertébrale fait le plus souvent reconnaître un point, une petite zone dont la pression provoque une douleur constante. Les mouvements de flexion et d'extension du tronc accusent une rigidité de la portion correspondante du rachis, et cette rigidité apparaît notamment dans l'épreuve classique qui consiste à faire ramasser au sujet debout un objet placé à terre. Enfin parfois, dès cette période relativement précoce, l'exploration de la sensibilité ou celle de la motilité, plus facile et plus sûre dans le jeune âge, révèle des troubles dont la valeur est grande : l'exagération des réflexes tendineux en est le principal. Les abcès ossifluents, qui apparaissent surtout dans la fosse iliaque, au-dessus de l'aîne ou dans le triangle de Scarpa, se constatent plutôt à une période où déjà le diagnostic est fait ; pourtant ce sont quelquefois les premiers signes qui font réclamer les soins du médecin.

Chez l'adolescent et surtout chez l'adulte, le début apparent est bien postérieur au début réel des lésions, et c'est bien plutôt par les troubles de la sensibilité subjective et par les douleurs qu'il s'annonce que par le signe objectif de la déformation du rachis. En effet, les vertèbres volumineuses et résistantes à cet âge, ne se laissent pas aussi vite affaisser par la lésion tuberculeuse que celle de l'enfant. De plus, chez l'adulte, le mal de Pott siège plutôt à la région lombaire, où le tassement des vertèbres a pour effet de corriger la lordose physiologique, comme le remarque Rœderer, et la déformation se trouve ainsi masquée en partie. Aussi conçoit-on que le début par l'apparition d'une saillie vertébrale soit exceptionnel à cette période de la vie et que ce soient surtout les douleurs qui marquent ce début.

J'ai vu récemment en ville une femme de 30 ans, de bonne apparence et même d'un certain embonpoint, qui ressentait depuis 3 mois des douleurs dans le dos et le côté gauche du thorax, avec des irradiations dans le membre supérieur gauche et une grande gêne des mouvements du tronc, de sorte qu'elle avait de la peine à s'asseoir dans son lit. En examinant son dos, on ne trouvait aucune saillie ni déformation vertébrale, mais les apophyses épineuses des 4e, 5e et 6e dorsales étaient douloureuses à la pression. On ne décelait aucun trouble de la sensibilité objective, ni au tronc ni aux membres inférieurs ; la marche était facile, mais on remarquait seulement, en fait de troubles de la réflectivité, que les réflexes achilléens et rotuliens étaient un peu exagérés, indice précieux qui confirmait le diagnostic du mal de Pott.

Vous avez pu voir, au n° 1 de la salle Barth, un jeune homme de 19 ans, qui avait été pris, au début de novembre, de douleurs dorsales et intercostales avec fourmillements et faiblesse des membres inférieurs ; puis vers le 10 décembre, étaient survenues de l'insensibilité des jambes, de la rétention d'urine et de l'incontinence fécale. Transporté à la clinique le 23 décembre, il avait une paraplégie flasco-spasmodique en extension, avec clonus des deux pieds, exagération des réflexes rotuliens et achilléens. La vessie s'infecta et saigna, des eschares se formèrent au sacrum et aux talons, avec fièvre et grave atteinte de l'état général.

Il était facile de rattacher cette paraplégie à une lésion pottique, car, s'il n'y avait pas de déformation rachidienne, la pression était douloureuse sur l'apophyse épineuse de la 10e dorsale et aussi un peu sur celles des 9e, 11e et 12e. De plus, le liquide céphalo-rachidien renfermait un grand excès d'albumine (plus de 1 gr. 75) et des lymphocytes (20 par mm. c.).

La recherche de la sensibilité montrait une anesthésie totale en arrière dans le domaine des racines sacrées et en avant au-dessous des genoux dans le territoire de L_5 et L_4, et une hypoesthésie dans les régions antérieure, interne et externe des cuisses. L'exploration radiologique après injection lombaire de lipiodol nous a fait constater l'arrêt de l'huile iodée à la 10e vertèbre dorsale, ce qui marquait la limite inférieure de la gêne apportée à la circulation du liquide céphalo-rachidien.

L'état général s'altérant rapidement, l'anesthésie s'étendit, remontant jusqu'auprès de l'ombilic, la paraplégie devint flasque et le malade succomba le 5 janvier.

A l'autopsie on trouva des lésions des 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales avec un abcès sous-pleural au niveau du 3e espace intercostal du côté droit, à un travers de doigt de la colonne osseuse, et un autre abcès, situé à la hauteur du 7e espace gauche, mais n'arrivant point à la surface de la plèvre. Il y a lieu de remarquer que la dure-mère n'était point altérée à sa face interne, ni même à sa face externe et qu'il n'y avait point de pachyméningite. Ce sont donc les abcès qui paraissent avoir été la cause des troubles de compression portant sur une région de la moelle comprise entre 6e et la 10e dorsale.

Les *douleurs* sont en général le premier symptôme. Elles varient dans leur siège et dans leur forme. Parfois c'est seulement une sensation pénible de fatigue, des élancements à forme de névralgies, une impression de constriction thoracique. Ces douleurs sont persistantes et récidivantes. Le repos en décubitus horizontal les calme momentanément ; les secousses, la marche, les efforts les augmentent.

Elles peuvent donner lieu à de très nombreuses erreurs de diagnostic et faire songer à la pleurésie sèche, à la colique vésiculaire, à la colique néphrétique, comme dans un cas récent de Craciuneanu (1), à d'autres affections urinaires telles que la tuberculose rénale, à l'ulcère de l'estomac, à l'appendicite chronique, enfin et surtout à des névralgies diverses et à des affections variées du squelette.

(1) A. Craciuneanu. — Tuberculose vertébrale latente simulant une colique rénale gauche. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Bucarest* 27 juin 1923, p. 101.

© BIU Santé

A la région cervicale, le simple torticolis est très fréquemment dû à une arthrite vertébrale ; mais la douleur osseuse à la pression siège plutôt latéralement, sur une apophyse transverse, que sur l'apophyse épineuse. La marche aiguë de l'affection permet rapidement d'éviter l'erreur. Quant aux torticolis dits chroniques, ils doivent toujours faire soupçonner un mal de Pott et nécessiter un examen spécial du squelette.

La sciatique rhumatismale est plus nettement limitée ; elle se caractérise par les points douloureux de Valleix et par le signe de Lasègue, qui font défaut dans les douleurs radiculaires du mal de Pott, par l'absence de l'exagération des réflexes tendineux qui est par contre un signe souvent précoce et important du mal de Pott. Souvent les douleurs de la sciatique sont calmées par une position déterminée que le malade recherche avec soin et qui n'est pas le décubitus horizontal.

La sacro-coxalgie a pour attribut spécial la douleur provoquée par le brusque rapprochement des ailes des os iliaques et celle que provoque la pression sur l'articulation sacro-iliaque.

Dans le lumbago chronique, la pression des masses musculaires latérales est douloureuse.

La lumbalgie ou spondylalgie sans lésions osseuses, décrite par Sicard et Forestier, se manifeste par des raideurs douloureuses dans les mouvements, par des douleurs dont le maximum est lombaire avec des irradiations dans les fesses et les membres inférieurs, souvent calmées par la flexion en avant, mais non par le repos. Il n'y a pas dans cette affection de troubles des réflexes ni de la sensibilité objective

Les douleurs de la lumbarthrie se confondent avec celles des localisations particulières du rhumatisme vertébral chronique dont cette affection n'est qu'une des formes et dont je vous parlerai tout à l'heure.

La sacralisation de la 5e vertèbre lombaire, malformation qu'on a beaucoup étudiée dans ces dernières années, et qui, d'ailleurs, n'est pas toujours douloureuse, se reconnaît surtout sur les radiographies qui montrent le développement excessif de l'apophyse transverse de cette vertèbre.

La *gibbosité*, d'après ce que je vous ai dit, n'est pas, chez l'adulte, un symptôme précoce du mal de Pott et rarement elle est utile pour le diagnostic qui est presque toujours fait déjà quand elle apparaît.

Quand elle siège à la région lombaire, elle tend à redresser l'ensellure normale de cette région et fait une saillie plus ou moins aiguë.

C'est à la région dorsale qu'elle peut surtout former une véritable bosse, qui exagère la courbure normale du rachis en cet endroit et donne lieu à une cyphose par affaissement de plusieurs vertèbres A la partie supérieure de la colonne dorsale, elle est volontiers angulaire. Ordinairement la saillie est plus ou moins exactement médiane.

Dans la région du cône terminal, où les signes de compression sont obscurs, comme chez la malade du n° 4 de la salle Debove dont je vous ai parlé dans la leçon précédente, la douleur locale et la déformation vertébrale, qui existaient chez elle feront songer à la lésion rachidienne et l'examen radiologique avec l'injection de lipiodol sera utile pour confirmer l'existence et le siège de cette lésion.

La déformation vertébrale du mal de Pott chez l'adulte doit être distinguée de celle que produisent quelques autres affections.

Les spondylites infectieuses, passées à la chronicité, qui sont surtout d'origine typhoïdique, ne s'accompagnent pas souvent de gibbosité, mais plutôt de douleurs et de raideur, et l'on trouve dans les commémoratifs la notion d'une période aiguë très douloureuse.

Les traumastismes vertébraux, fractures et luxations, les petits arrachements osseux à l'occasion d'un violent effort sont d'ordinaire aisément rapportés à leur vraie cause et démontrés par la radiographie.

La spondylite traumatique de Kummel, produite par une fracture incomplète du rachis, passe par 3 périodes caractéristiques : celle des accidents immédiats, suivie d'une phase de guérison apparente, dite intervalle libre, et enfin d'un troisième stade où se forme une saillie vertébrale, moins angulaire et plus rapidement apparue que dans le mal de Pott. La radiographie montre, outre la courbure du rachis, une décalcification d'une ou deux vertèbres. A ce stade la lésion est consolidée et indélébile.

Une autre affection vertébrale d'origine traumatique est l'ancienne cyphose hystéro-traumatique, reparue sous les allures de la camptocormie pendant la guerre, curable par la suggestion sous la forme d'un traitement électrique, et dont les douleurs sont peu précises et nullement exagérées à la pression. On ne doit pas oublier néanmoins que, chez les névropathes, toutes les déformations douloureuses du rachis d'origine traumatique ne relèvent pas nécessairement de cette affection et qu'on peut observer le vrai mal de Pott, latent jusque là et mis en évidence par l'action du traumatisme.

Certaines affections douloureuses du rachis s'accompagnent plus particulièrement de raideurs progressives.

Telle est la simple cyphose des vieillards, courbure à grand rayon le plus souvent.

Le rhumatisme vertébral chronique peut se localiser à la colonne cervicale qu'il immobilise. A la région lombaire, il se présente sous la forme de la lumbarthrie. En général, le rhumatisme chronique ne s'accompagne pas de contracture vraie, mais seulement de raideurs ; l'examen de l'ensemble du squelette montre des déformations multiples et notamment les atteintes antérieures des petites jointures des mains. La radiographie du rachis révèle des productions ostéophytiques et les aspects speciaux des cannelures des corps vertébraux, des vertèbres en diabolo, des saillies en bec de perroquet.

Dans la spondylose rhizomélique de Pierre Marie, la raideur est considérable et invincible, car elle résulte de l'ankylose. La maladie frappe surtout la racine des membres, débutant aux hanches et à la région lombaire, atteignant ensuite les régions plus élevées du rachis et les épaules. La radiographie en établit nettement le diagnostic.

Quant à la syphilis vertébrale, les douleurs qu'elle provoque sont moins limitées, moins nettes à la pression que celles du mal de Pott. Mais la syphilis peut déterminer une pachyméningite avec des symptômes de compression médullaire assez comparables à ceux de la tuberculose vertébrale.

Les *abcès ossifluents*, ou abcès par congestion, sont une manifestation plutôt tardive du mal de Pott, cependant on les trouve à l'autopsie avec une extrême fréquence ; mais ils restent cachés pendant longtemps avant d'apparaître au dehors. Il est rare, par conséquent, chez l'adulte, qu'ils attirent l'attention sur un mal de Pott méconnu. Cependant on a pu voir des cas où la gêne des mouvements et les douleurs résultant de leur présence était l'occasion pour le médecin de faire le diagnostic.

Dans le mal de Pott cervical, c'est à la région sous-claviculaire que ces abcès apparaissent ; les abcès rétro-pharyngiens sont exceptionnels.

Les abcès froids ganglionnaires de la région cervicale, qui sont si communs, et parfois s'accompagnent de contractures douloureuses, peuvent éveiller l'idée d'un mal de Pott cervical. L'examen radiographique est alors d'un grand secours pour établir le diagnostic.

A la région dorsale, la tuberculose du rachis engendre des abcès qui descendent le long du psoas dans la fosse iliaque où le palper profond les fait sentir. Il en peut résulter quelques erreurs de diagnostic et ces abcès ont été quelquefois pris pour un rein flottant, une tumeur abdominale, un tuberculome iléo-cæcal, voire même une hernie.

A la région lombaire, la lésion vertébrale donne lieu à un abcès lombaire, et cette éventualité est fréquente, puisque Capelle a relevé dans une statistique que dans 2/10 des cas, cet abcès serait le premier symptôme. Il importe de ne pas confondre l'abcès lombaire d'origine pottique avec les abcès périnéphrétiques.

Vous pouvez voir au n° 11 de la salle Barth un Algérien de 26 ans chez lequel on avait trouvé tout d'abord un peu de matité thoracique en arrière, du côté droit, à la partie moyenne. Or, en l'examinant plus attentivement, on remarqua dans cette zone de matité un peu de tuméfaction des parties molles sur une surface large qui affleurait en dedans à la colonne vertébrale. Le palper révélait des contours arrondis et un peu de fluctuation. On pouvait se demander si cette collection liquide, aplatie, ne dépendait pas d'une pleurésie purulente

© BIU Santé

communiquant en bouton de chemise avec une poche sous-cutanée. Mais l'examen radioscopique a montré l'intégrité de la plèvre. De plus, le palper du rachis révéla, sans aucune déformation vertébrale, une douleur à la pression des apophyses épineuses des 5e, 6e et 7e dorsales et toute cette partie du rachis est soudée dans les mouvements du tronc. La collection a été ponctionnée, un pus crémeux en a été retiré : c'est un abcès froid, comme le malade en a eu autrefois au cou, à en juger par les cicatrices qu'il porte en cette région. Cet abcès froid a une origine vertébrale, comme en témoigne la douleur et la soudure du rachis ; mais il n'y a pas ici de troubles médullaires : car les troubles moteurs font défaut, les réflexes sont normaux, le liquide céphalo-rachidien est normal ; tout au plus pourrait-on rapporter à une légère atteinte des racines sensitives les douleurs que le malade ressent depuis peu dans l'hémithorax droit. C'est un fait rare chez l'adulte qu'un mal de Pott se révèle par un abcès froid et, dans tous les autres exemples que vous avez eus sous les yeux depuis quelque temps, ce sont les troubles médullaires et radiculaires qui amenaient les malades à l'hôpital.

En somme, puisque, chez l'adulte, les déformations vertébrales et les abcès par congestion sont le plus souvent trop tardifs, le diagnostic, doit être surtout fait par les troubles subjectifs dont je vous ai parlé, et par une série d'autres constatations objectives.

Parmi celles-ci, il y a d'abord la *douleur à la pression* qui siège sur l'apophyse épineuse, à sa pointe et sur son bord. Cette douleur objective a plus de valeur pour le diagnostic de la lésion vertébrale que les douleurs subjectives, plus variables comme siège et comme forme, mais dont l'intérêt clinique est néanmoins celui d'un symptôme avertisseur.

La recherche méthodique des *petits signes de compression médullaire*, que je vous ai longuement décrits dans une leçon précédente, prend chez l'adulte une très grande valeur : l'exagération des réflexes tendineux, le signe de Babinski, la manœuvre de la jambe de Barré, l'automatisme médullaire, les troubles légers du sphincter vésical, sont d'importants indices pour le clinicien.

La *ponction lombaire* fournit aussi des résultats qui peuvent être fort utiles, quand ils s'ajoutent à d'autres probabilités ; car la dissociation albumino-cytologique manque parfois dans le mal de Pott et peut se rencontrer aussi dans d'autres affections. Il n'en va pas autrement non plus du syndrome de coagulation massive.

Enfin l'*examen radiologique* apporte au diagnostic du mal de Pott chez l'adulte des résultats de grande importance.

Trois ordres d'altérations peuvent être décelées par cet examen.

Les altérations de texture, qui résultent de la formation de foyers de nécrose et se traduisent par des taches claires, s'observent surtout chez l'enfant et dans la région lombaire examinée de profil. Chez l'enfant aussi, les corps vertébraux peuvent apparaître mal délimités, flous, décalcifiés, mais cet aspect est difficilement visible chez l'adulte.

La diminution de hauteur du disque intervertébral, souvent atteint par la lésion initiale, est le signe capital fourni par l'examen radiologique. Ce disque apparaît aminci, surtout en avant, et comme pincé entre les deux corps vertébraux qu'il sépare. Par suite de cette inclinaison des deux corps vertébraux en avant, l'écartement des arcs postérieurs correspondants se produit en arrière et plus tard le tassement des pédicules des vertèbres. Ces modifications sont surtout visibles à la colonne lombaire, sauf en ce qui concerne la 5e lombaire, qui est masquée par le sacrum. Le cancer vertébral, d'après Sicard, ne donne pas lieu à la lésion des disques intervertébraux.

Le tassement du corps vertébral altéré est encore un signe de grande valeur. Il se constate surtout aussi sur les radiographies de profil.

Vous voyez en somme que l'examen aux rayons X doit se faire à la fois de face et de profil. De face, il ne donne pas, surtout chez l'adulte, de résultats dans la région dorsale où l'ombre médiastinale cache le rachis. Il convient plutôt à la région lombaire et à la région cervicale supérieure, où il se fait à travers la bouche et les fosses nasales. Dans la région cervicale moyenne et inférieure, les vertèbres sont insuffisamment denses pour que des lésions en foyer y apparaissent nettement. De profil, l'examen radiologique n'est guère possible, comme je vous l'ai dit, à la région dorsale supérieure, mais il donne des résultats pour la région lombaire, la région cervicale, où il montre le pincement du disque intervertébral et le bâillement des arcs postérieurs.

Le diagnostic du mal sous-occipital peut être fait sur des images de face et de profil (1) : de face, on peut voir des lésions des condyles et des masses latérales de l'atlas, et de profil, le bâillement des arcs postérieurs, l'inclinaison de l'atlas sur l'axis, la décalcification de l'apophyse odontoïde.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que le seul examen radiologique n'est pas toujours suffisant pour établir le diagnostic et qu'il doit seulement s'ajouter aux autres symptômes, car certaines scolioses peuvent donner des images semblables au mal de Pott débutant et la spondylose traumatique ressemble aussi radiologiquement à la tuberculose vertébrale.

Je vous ai exposé dans une leçon précédente le diagnostic différentiel entre le mal de Pott et les autres causes de compression médullaire, je n'y reviens pas ; mais j'ajoute que c'est surtout à propos de l'adulte que ce diagnostic se pose, les tumeurs, le cancer vertébral, la pachyméningite syphilitique étant surtout l'apanage d'un âge avancé.

Enfin, je vous rappelle, sans y revenir plus longuement, les services que peut rendre l'injection de lipiodol combinée à l'examen radiologique pour mettre en évidence un obstacle siégeant dans le canal rachidien et le siège exact de cette lésion.

Le PRONOSTIC est des plus délicats. Si l'on peut déterminer le plus souvent le siège et l'étendue des lésions en hauteur, il est très malaisé de se rendre compte de leur étendue en largeur, du degré de leur évolution, de la marche du processus. C'est surtout en surveillant la marche des accidents cliniques et les effets du traitement qu'on parvient à se former une idée vraisemblable de la marche des lésions.

Il y a, chez l'adulte comme chez l'enfant, des formes légères, où les lésions débutent, où les corps vertébraux sont à peine atteints. De plus, la lésion de ces corps étant compatible avec le maintien pendant un certain temps de la statique rachidienne, le traitement est facilité, l'immobilisation peut être moins prolongée, l'on peut même envisager un traitement ambulatoire.

On peut voir, chez l'adulte, le mal de Pott cervical frapper plutôt les articulations que les corps vertébraux, mais le mal sous-occipital expose aux mêmes accidents de mort brusque que chez l'enfant.

A la région dorso-lombaire, il est des cas où les corps vertébraux n'étant pas lésés, le rachis garde une souplesse relative et laisse au malade la possibilité de s'asseoir sans s'aider de ses mains.

Il n'en est pas moins vrai que les petits foyers peuvent s'étendre et que les foyers anciens, guéris en apparence depuis longtemps, peuvent néanmoins se réveiller. Aussi l'un des principaux dangers du mal de Pott de l'adulte est-il de ne pas attirer suffisamment l'attention du médecin et de rester méconnu et sans traitement.

Le réveil de foyers vertébraux en apparence guéris depuis l'enfance n'est pas, d'ailleurs, le seul danger qui menace les anciens pottiques devenus adultes. S'ils ont conservé une forte scoliose et une forte déformation thoracique, ils sont exposés aux bronchites des gibbeux, bronchites à répétition capables d'entraîner la dilatation du cœur droit et de se compliquer de broncho-pneumonies. Vous avez vu il y a quelque temps, au n° 3 *bis* de la salle Barth, un petit bossu de 53 ans, atteint à l'âge de 3 ans de mal de Pott, avec atrophie du bras gauche, puis d'abcès froid de la cuisse droite avec atrophie musculaire du membre ; sujet aux bronchites, il était entré avec une dyspnée assez vive et en état de subasystolie. Le repos l'avait amélioré déjà quand il fit brusquement une broncho-pneumonie avec forte fièvre (40°4) pendant 5 jours. Il en guérit néanmoins, mais non sans avoir été en grand danger, et il est à craindre qu'il soit repris quelque jour d'accidents semblables et dont l'issue sera moins heureuse.

Enfin je vous rappelle les dangers que font courir aux mala-

(1) GALLAND. — Thèse de Paris, 1919.

© BIU Santé

des les eschares, les infections urinaires : je vous en ai parlé précédemment.

Le TRAITEMENT du mal de Pott comporte d'abord, chez l'adulte comme chez l'enfant, un *traitement général*. C'est celui de toutes les affections tuberculeuses, c'est aussi l'héliothérapie, qui convient à tant de tuberculoses locales et à tout âge.

Mais il y a de plus, toujours comme dans le jeune âge, un *traitement local* qui consiste à agir contre le foyer tuberculeux et contre ses conséquences en ce qui concerne l'atteinte de la moelle et l'effondrement vertébral.

On ne peut guère agir sur le foyer local. Sans doute il est possible de modifier la paroi des abcès froids, quand il y en a, et les liquides injectés dans la poche peuvent atteindre parfois le foyer vertébral lui-même. Mais la proximité de la moelle pourrait rendre cette action dangereuse. Je connais un homme politique, fils d'un très haut magistrat de la République, qui fut traité dans son enfance par mon maître Lannelongue au moyen de l'injection d'éther iodoformé dans un abcès ossifluent suivant une pratique alors très en faveur. Or, au cours de l'injection, survint une paraplégie subite, due sans doute à la distension de la poche par les vapeurs d'éther. Fort heureusement cette paralysie disparut ensuite d'une façon complète ; mais cet exemple doit vous mettre en garde contre les risques de telles interventions.

La *déformation vertébrale* peut être corrigée ou prévenue en immobilisant le rachis et en le déchargeant en même temps du poids du corps. Seulement, cette déformation est bien moins fréquente et moins importante, comme je vous l'ai dit, chez l'adulte que chez l'enfant.

Le repos absolu en decubitus dorsal assure l'immobilisation du rachis et le décharge du poids du corps. Le sujet doit être couché sur un plan résistant, formé par une planche glissée sous le matelas ; les oreillers sont supprimés pour que la tête soit basse. On peut placer le malade dans une gouttière de Bonnet ou sur un lit de Lannelongue. Le décubitus ventral est quelquefois avantageux et permet aux adultes certains mouvements dont ils supportent moins bien la privation que les enfants. Aussi pourra-t-on conseiller d'alterner les deux positions plutôt que d'imposer le décubitus ventral d'une façon continue, ce qui expose à des eschares au moins aussi gênantes que celles du siège. Nous en avons vu, il y a quelques mois, un exemple chez une jeune fille qui portait de larges ulcérations aux crêtes iliaques, et dont je vous ai parlé dans ma dernière leçon.

Si le décubitus est insuffisant à réduire une déformation trop ancienne, on y pourra joindre l'extension continue, s'exerçant en sens inverse sur les membres inférieurs et sur la région mentonnière, mais avec plus de difficulté que chez l'enfant.

Les corsets sont loin de rendre les services que le public et nombre de médecins leur attribuent. Ils immobilisent sans doute, mais quand la pression qu'ils exercent est faible ils sont insuffisants, et quand elle est forte, ils produisent des eschares. De plus, ils ne déchargent pas la colonne vertébrale du poids du corps dans la position verticale ; ils sont lourds à porter et ils gênent toujours quelque chose : le jeu de la respiration, les fonctions de la peau, l'application des rayons solaires. Ils donnent au malade, à son entourage, et souvent au médecin, l'illusion que le rachis est suffisamment maintenu et que l'immobilisation au lit n'est pas nécessaire.

Ils se font en plâtre : ce sont les plus solides mais non les moins gênants. Toutefois, il faut reconnaître que, pour le cas du mal de Pott cervical, la minerve plâtrée est le meilleur moyen d'immobiliser selidairement la tête avec le thorax. Le simple collier de plâtre n'a qu'une efficacité restreinte.

Les corsets moulés en celluloïd sont beaucoup plus légers, mais on les fait surtout amovibles et, par conséquent, ils n'immobilisent pas grand'chose. Ils conviennent d'autant mieux que la lésion est mieux consolidée. Exempts des inconvénients des appareils plâtrés, ils rappellent au malade qu'il n'est pas guéri et dans une certaine mesure ils limitent un peu les mouvements du rachis.

Quant aux corsets orthopédiques en cuir moulé, munis d'articulations métalliques, ils sont dispendieux, encombrants et ne conviennent qu'aux malades qui peuvent se lever et se passer de ces objets de luxe.

Les *traitements chirurgicaux* ont pour objet de diminuer la compression médullaire et de redresser la déformation rachidienne. On fit grand bruit, il y a quelque temps déjà, du redressement des bosses préconisé par Calot et dont les résultats ne se maintenaient pas. Mais aujourd'hui, après diverses tentatives sans succès, la vogue est aux opérations ankylosantes. Elles ont pour objet de réaliser une immobilité complète du segment rachidien malade et, par suite, de diminuer notablement la durée de séjour au lit, ce qui est surtout précieux pour l'adulte, plus désireux que l'enfant de reprendre une vie active.

L'opération d'Albee (1) consiste à souder un transplant osseux, prélevé sur le tibia, dans un lit vertébral préparé en fendant plusieurs apophyses épineuses dans lesquelles il vient s'insérer, formant ainsi une attelle postérieure qui sert de tuteur osseux au segment malade du rachis. On sait cependant que tout greffon, même quand il s'agit d'autogreffe et à plus forte raison d'homogreffe et surtout d'hétérogreffe conservée dans l'alcool ou le formol, est voué à la destruction, tandis que se produit un travail de reconstitution osseuse par le tissu conjonctif du sujet. S'il n'y a pas simultanéité parfaite dans les deux processus, la greffe peut échouer. Dans ce cas, a-t-on objecté, les vertèbres ulcérées restent en contact, l'ulcération compressive s'aggrave et la gibbosité augmente. Si le greffon osseux reste rigide, les vertèbres malades ne s'accolent pas, mais les corps vertébraux restent écartés et ne se soudent pas par un cal osseux, ce qui est le seul mode de vraie guérison anatomique ; il ne se forme qu'un cal fibreux. Enfin des rechutes pourraient se produire, le greffon venant à se fracturer (2).

Ce mode d'opération conviendrait à l'adulte et aux lésions débutantes.

Un autre genre d'opération ankylosante est celle de Hibbes qui consiste à faire une synostose interépineuse et une arthrodèse des articulations intervétébrales, en fracturant les apophyses épineuses.

Ces diverses interventions ont leurs partisans et leurs détracteurs : peut-être est-il encore trop tôt pour juger leur valeur mais je dois vous dire un mot d'un autre genre d'intervention opératoire toute différente, proposée par Calvé (3).

Il ne s'agit pas d'immobiliser le rachis, mais seulement de diminuer la compression intra-vertébrale principalement en évacuant les abcès. A l'aide d'une sonde creuse de courbure particulière, M. Calvé pénètre par une sorte de cathétérisme dans un trou de conjugaison de manière à atteindre, à la partie antérieure du canal vertébral, l'espace extra-dural, ce qui permet d'évacuer du pus ou du sang et de décomprimer la moelle. L'an dernier, j'ai prié M. Calvé de venir voir un jeune homme de la clinique atteint de paraplégie pottique et incapable de mouvements des membres inférieurs. M. Calvé pratiqua cette intervention mais n'évacua rien. Pourtant, au bout de peu de jours, quelque mobilité reparut dans un membre inférieur, passagèrement ; puis au bout de quelque temps des progrès s'accomplirent peu à peu et le malade quitta notre service notablement amélioré. Je sais bien que le repos prolongé amène souvent de ces améliorations, mais il y eut néanmoins un rapport entre l'intervention et le premier retour du mouvement, ce qui est difficile à interpréter, puisqu'il n'y avait eu aucune évacuation d'abcès ou le fongosités. Peut-être ce cathétérisme intra-vertébral a-t-il rompu des adhérences et donné à la moelle plus de mobilité dans le canal rachidien, diminuant ainsi d'une manière indirecte la compression qu'elle subissait.

(1) ALBEE. — A statistical study of Pott's disease treated by the bone graft. *Americ. Journ. of orthop. surg.*, 1916, vol. 14, p. 134. Les lois fondamentales de la greffe osseuse dans le traitement des pseudarthroses. *Presse médic.*, 1er mai 1920, p. 261.

(2) CALVÉ et GALLAND. — *Journ. de chir.*, déc. 1922. — BAER. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, 1922, p. 14.

(3) J. CALVÉ. — Traitement des paraplégies pottiques, etc. *Réun. neurolog. internat.*, juin 1923. *Rev. neurolog.*, 1923, p. 711.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE HYDROLOGIQUE

Le traitement hydro-minéral des colites,

Par G. FAROY,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Le traitement que l'on applique habituellement aux colites est souvent insuffisant et dans un certain nombre de cas, il est nécessaire d'envoyer les malades dans une ville d'eaux appropriée, où ils trouvent des moyens thérapeutiques, efficaces seulement sur place : thermalité, minéralisation, radioactivité des eaux, bains, hydrothérapie, massages, régime, repos et grand air.

Le choix de la station hydro-minérale est de grande importance et doit varier avec la forme de colite, l'état du système nerveux végétatif et général du sujet, le degré d'infection du côlon, l'existence de telle ou telle insuffisance glandulaire digestive ; un choix judicieux seul permet d'éviter une cure sans résultats, et souvent bien des mécomptes.

Châtel-Guyon, Plombières, Brides, se partagent les colitiques, et chacune de ces stations à des indications bien définies ; pourtant il faut savoir que certaines d'entre elles, comme Châtel-Guyon, peuvent être utiles à des malades qui théoriquement ne semblent guère devoir en tirer bénéfice, à condition que la cure thermale soit conduite de façon particulière et adaptée par le médecin consultant au cas particulier qu'il s'agit de traiter.

Il est en effet des colites, dans lesquelles les lavages intestinaux, presque abandonnés aujourd'hui doivent être complètement proscrits ; dans d'autres, l'eau ne doit être administrée par la bouche qu'à doses prudentes ; dans d'autres enfin les douches sous-marines, les massages seront légers ou même interdits ; c'est dire avec quelle compétence le traitement doit être dirigé pour être utile au malade.

***

Notions cliniques. — Les colites peuvent se subdiviser en diverses catégories.

Dues à des causes variées, elles se généralisent à tout le côlon, ou le plus souvent se localisent à un segment de cet organe (*colite segmentaire*), côlon droit, côlon gauche, côlon transverse (1) ; elles revêtent alors, suivant l'individu, et suivant certains facteurs pathogéniques (2), la forme *muco-membraneuse*, ou la forme *muqueuse*.

La colite *muco-membraneuse* se caractérise par des périodes de constipation parfois douloureuses, accompagnées du rejet de mucus concrété et des muco-membranes, et entrecoupées de débâcles pseudo-diarrhéiques avec réaction colique plus ou moins violente.

La colite *muqueuse* s'extériorise sous forme de selles molles, pâteuses, vernissées, tantôt insuffisantes, tantôt abondantes, le plus souvent peu ou pas douloureuses, et par périodes, sous forme de diarrhée vraie.

La première est fréquemment localisée au côlon gauche, ou au transverse, mais aussi au côlon droit ; la seconde a presque toujours son siège dans le côlon droit.

L'*infection*, qui accompagne la colite dans ses deux formes, subit parfois des poussées aiguës ou subaiguës qu'il faut bien connaître.

(1) Faroy et Baumann. — *Presse médicale*, 1923, n° 47.
(2) Faroy. — *La Médecine*, juillet 1924.

Enfin des *insuffisances glandulaires digestives* sont de règle au cours des colites, soit hépatiques, soit pancréatiques intestinales ou gastriques ; nous croyons qu'elles les précèdent fréquemment (insuffisance primaire), mais à des degrés d'intensité variés ; elles s'accentuent très souvent au cours de l'évolution de la colite (insuffisance secondaire).

On vient de voir que des troubles de la motricité et de la sécrétion du côlon caractérisent les colites ; il existe aussi des troubles de la sensibilité qui ne sont pas négligeables. Tout *le système organo-végétatif de l'abdomen entre en jeu*, primitivement d'abord, au moment de la constitution de la forme que va revêtir la colite, puis secondairement ; il réagit alors plus ou moins sur le système nerveux général, créant ces *états névropathiques* si particuliers, souvent exagérés encore par les ptoses coexistantes.

L'étude, en résumé, de toute cette symptomatologie était utile pour bien comprendre les indications précises des différentes stations thermales et savoir sur quelles directions doit se baser l'envoi des malades à l'une ou l'autre d'entre elles.

***

1° Chatel Guyon. — Les eaux de Châtel-Guyon, d'une thermalité moyenne (24° à 38), sont fortement minéralisées ; elles sont chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes, silicatées, lithinées et fortement ferrugineuses.

Ce qui les caractérise principalement est leur forte teneur en chlorure de magnésium (1 gr. 563 par litre).

En dehors de leur *pouvoir laxatif* indéniable, elles exercent sur la muqueuse intestinale, une *action désinfectante et modificatrice* qui les rend précieuses dans le traitement des colites ; mais l'intensité même de leur efficacité doit les faire éviter quand il existe des réactions spasmodiques et douloureuses violentes, et par conséquent chez les malades dont les systèmes nerveux, végétatif et général, sont en état d'excitation fréquente ou permanente.

D'une façon générale, on peut envoyer à Châtel-Guyon, les diverses variétés de colites ; dans les *colites muco-membraneuses*, l'action cholagogue et laxative du chlorure de magnésium trouve une application directe, mais à condition que les malades ne soient pas sujets à de fréquentes crises de spasmes coliques et à de violentes réactions coliques à distance (estomac, appareil circulatoire et respiratoire, système nerveux) ; les colites muco-membraneuses à phénomènes douloureux atténués ou nuls, sans état névropathique appréciable, sans hyperesthésie intense du plexus solaire, relèvent de cette cure thermale.

Les *colites muqueuses*, avec ou sans tendance à la diarrhée, trouvent à cette station des indications encore plus précises ; plus rarement douloureuses, retentissant moins sur le système nerveux, elles supportent plus facilement le traitement énergique qui leur est appliqué. C'est surtout dans cette forme de colite que l'action désinfectante et modificatrice des eaux trouve son application, car c'est principalement dans ces cas que l'infection intestinale est fréquente et que la muqueuse est profondément lésée ; la dilatation cæcale avec stase, putréfaction, fermentation est nettement combattue par le véritable lavage qu'exerce l'absorption de l'eau soit par la bouche, soit par entéroclyse ; et c'est en effet la colite muqueuse qui qui reste vraiment la seule indication de cette dernière médication, à condition qu'elle soit peu fréquente (2 à 3 fois au cours de la cure) et conduite avec prudence.

On sait en outre avec quelle fréquence des lésions de

© BIU Santé

l'intestin grêle accompagnent les lésions du côlon, dans cette colite ; elles sont, elles aussi, heureusement influencées par l'action des eaux de Châtel-Guyon.

Les signes d'insuffisance hépatique, primitive ou secondaire, ne sont pas rares au cours des colites ; aussi l'action cholagogue du chlorure de magnésium s'exerce-t-elle avec avantage sur cette déficience glandulaire.

Il est une affection intestinale qui relève également de Châtel-Guyon, c'est *l'appendicite chronique*, en cas de diagnostic douteux ; non pas que les eaux de cette station aient une action particulière sur l'appendice ; mais elles agissent sur les lésions colitiques qui ne manquent jamais dans cette affection, qu'elles l'aient précédée ou qu'elles en soient contemporaines ; en éliminant la colite, elles permettent de préciser le diagnostic.

Dans ce cas, la cure doit être toujours conduite avec une extrême prudence, pour éviter toute complication. Après intervention chirurgicale, Châtel-Guyon est indiqué pour guérir la colite persistant souvent pendant un temps fort long (1).

Ce que nous venons de dire du traitement des colites par les eaux de Châtel-Guyon ne constitue que des indications générales ; il est en effet assez difficile d'envisager chaque cas particulier ; il est pourtant utile de savoir, comme nous le disions en commençant, que les états nerveux irritatifs ne sont pas toujours une contre-indication à la cure ; des malades, plus ou moins spasmés ou douloureux, plus ou moins névropathes, peuvent en retirer bénéfice, à condition que le traitement soit dirigé comme il faut, l'action irritante de l'eau prise par la bouche étant atténuée, au début du traitement, par le rationnement des doses, pouvant aller jusqu'à la suppression, et par une balnéothérapie bien comprise.

Il est du reste incontestable que des malades de cette catégorie, se trouvent bien, avant de se rendre à Châtel-Guyon, de faire, les années précédentes, une ou plusieurs cures à Plombières.

***

2° Plombières. — Les eaux de Plombières, d'une thermalité très élevée, atteignant 74°, sont d'une minéralisation faible (0 gr. 13 à 0 gr. 30 par litre) ; mais elles sont douées d'un pouvoir radio-actif considérable.

Ce sont avant tout des *eaux sédatives*, qui sont principalement utilisées en bains et douches ; les malades qui sont envoyés à cette station étant surtout des hypersthéniques et des hyperesthésiques, les lavages intestinaux doivent être, à tout prix, complètement proscrits du traitement.

Le côlon spasmé et douloureux, les colites à crises violentes et répétées, s'accompagnant d'hyperesthésie solaire, d'irritation du système nerveux, toutes les algies abdominales, sont les principales indications de Plombières.

Aussi les *colites muco-membraneuses à grands fracas*, avec débâcles douloureuses, réactions coliques violentes, hypersthésie gastrique, anorexie, amaigrissement, insomnie, doivent-elles être dirigées sur cette station.

Les malades trouvent, avec le régime et le repos physique, intellectuel et moral, une thérapeutique calmante de premier ordre, qui régularise les fonctions digestives, et rend au système nerveux l'équilibre qu'il a perdu.

Il en est de même des *ptoses* primitives et secondaires, coexistant si souvent avec les colites, et surtout des ptoses très accentuées qui s'accompagnent de *névrite solaire*, si douloureuse, et d'un état névropathique spécial.

Sans doute, en raison de leur faible teneur minérale, les eaux de Plombières modifient peu l'état de la muqueuse colique et c'est pourquoi elles sont peu indiquées dans la colite muqueuse ; mais en atténuant ou en faisant disparaître les spasmes, elles favorisent l'évacuation intestinale et diminuent les phénomènes d'intoxication provoqués par la coprostase.

Leur utilité est grande aussi, quand chez la femme, une affection génitale s'associe à la colite qu'elle tend à entretenir ; mais à ce titre, des stations comme *Luxeuil* et *Néris* sont d'une indication plus précise.

La cure de Plombières est contre-indiquée dans tous les cas de colite avec asthénie et hypotension artérielle.

***

Brides. — Les eaux de Brides, de thermalité moyenne (35°) sont sulfatées sodiques et magnésiennes, et chlorurées sodiques ; à ce titre, elles ont des indications assez semblables aux eaux de Châtel-Guyon.

Pourtant, en raison de leur action cholagogue puissante, elles s'adressent surtout aux *colites muco-membraneuses* et en général aux colites qui s'accompagnent d'*insuffisance hépatique*.

Leur énergie thérapeutique doit les faire éviter, comme celles de Châtel-Guyon, aux hypersthéniques et aux hyperesthésiques, aux spasmés et aux douloureux ; il est cependant possible, en dosant leur action de les faire accepter de certains de ces malades.

***

Il est enfin une station située dans un pays voisin et ami de la France, fréquentée par les Français du Nord et de l'Est, qui peut rendre de grands services aux colitiques : c'est Mondorf, dans le Grand-Duché de Luxembourg.

L'eau de Mondorf, de faible thermalité (24° 45), est une eau chlorurée sodique forte (9 gr. 40 par litre) ; chlorurée et sulfatée calcique et surtout magnésienne ; elle est d'une radioactivité très puissante.

Douée d'un fort pouvoir laxatif, mais peu irritante pour l'intestin, cholagogue énergique, elle est très efficace, *dans les colites surtout muco-membraneuses*, mêmes spasmodiques fortes, en raison de son action sédative ; elle trouve de plus son indication dans les colites avec *insuffisance hépatique*.

***

Telles sont les différentes stations hydro-minérales auxquelles les colitiques peuvent être envoyés ; la thermalité et la minéralisation des eaux leur donnent des indications variées, mais assez précises pour que le médecin, son diagnostic étant bien établi, sache ce qu'il doit faire, pour que son malade bénéficie d'une cure dont le résultat n'est jamais négligeable.

(1). — Faroy, Beaumann et Lemaire. — *Journal médical français*, avril 1924.

Souvenirs entomologiques. Etude sur l'instinct et les mœurs des insectes, par J.-H. Fabre. Edition définitive illustrée, 10e série. 1 vol. in-8° Prix : 20 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris, 1924.

Ce volume est le dernier des *Souvenirs*. Le tome XI, qui paraîtra en octobre, contiendra la *Vie de J.-H. Fabre*, de nombreux documents inédits, fragments de correspondances, etc., et un Répertoire analytique indispensable aux chercheurs comme à tous les lecteurs pour les guider à travers cette mine considérable de faits et d'idées qui constituent les *Souvenirs entomologiques*.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1924

La lutte contre l'alcoolisme. — M. ***Riemain*** rappelle l'influence considérable qu'ont eue sur la consommation de l'alcool les lois et décrets pris pendant la guerre.

La loi de 1915 sur la limitation des débits de boissons était déjà insuffisante, or, le 28 février 1923 le Parlement a réagi contre la législation antialcoolique de guerre en rétablissant le privilège des bouilleurs de cru. Le résultat ne s'est pas fait attendre : la consommation de l'alcool pur a passé de 767.445 hectolitres en 1921, à 928.628 hectolitres en 1922 et 1.016.858 hectolitres en 1923.

Préoccupé, d'autre part, par le développement que prennent les boissons à essences dangereuses, M. Riemain rappelle les délibérations antérieures de la Chambre et notamment le texte de l'art. 13 de la loi du 28 décembre 1900 ainsi conçu :

« ART. 13. — Le gouvernement interdira par décret la fabrication, la circulation et la vente de toutes boissons à essences reconnues dangereuses et déclarées telles par l'Académie de médecine. »

Il demande à l'Académie d'intervenir une fois de plus auprès des Pouvoirs publics.

M. ***Pouchet*** insiste sur l'inquiétante recrudescence de la consommation de boissons à base d'anis, qui sont tout aussi dangereuses que l'absinthe.

MM. ***Achard***, et ***Chauffard*** ont constaté que les cas d'alcoolisme chronique, très rares après la guerre, sont en grande augmentation actuellement.

— Une commission chargée d'étudier la question a été nommée. En font partie : MM. Siredey, Letulle, Hayem, Chauffard, Marcel Labbé, Doléris, Dopter, Léon Bernard, Pouchet, Meillère.

Traitement de la tuberculose par la récalcification. — M. ***Ferrier*** rappelle les résultats qu'il a obtenus depuis vingt-deux ans par l'emploi systématique et exclusif, dans le traitement des tuberculoses, de la méthode qu'il a communiquée au Congrès de la tuberculose de 1905. Cette méthode consiste dans la récalcification. Il a obtenu 72 p. 100 de guérisons et n'a compté que 28 % de mortalité.

Gastrectomie pour cancer. — M. ***Peugniez*** rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré, il y a vingt-quatre ans, pour un cancer d'estomac. La lésion siégeait au cardia et l'intervention fut une résection large de l'estomac.

L'opération donna une survie de vingt-quatre ans. Le malade succomba l'année dernière à une récidive abdominale.

Appréciant ce qu'ont donné jusqu'ici les tentatives de guérison du cancer d'estomac par la curiethérapie et la radiothérapie à courte longueur d'ondes, M. Peugniez estime que le bistouri reste actuellement l'agent le plus efficace à mettre en œuvre contre cette affection.

L'observation qu'il apporte montre les résultats durables qu'on est capable d'en attendre.

Séance du 8 juillet 1924

Encéphalite léthargique. — ***M. H. Vincent*** présente un travail de M. le docteur Laubie sur un cas d'encéphalite léthargique resté en apparence guéri pendant quatre ans et qui donna lieu cependant à une rechute mortelle après quelques semaines. Les symptômes étaient : chute avec perte de connaissance, céphalée, douleurs lancinantes aux membres inférieurs avec asphyxie blanche des extrémités, liquide rachidien clair, contenant 0 gr. 50 d'albumine et quelques lymphocytes. Mort par paralysie bulbaire.

Cet exemple confirme que le pronostic *quoad futurum* de l'encéphalite épidémique comporte de prudentes réserves.

Effets thérapeutiques de la tryparsanine de l'Institut Rockfeller. — ***MM. Guillain*** et ***Girot*** communiquent des résultats intéressants obtenus par cette médication sur la paralysie générale, qui se trouve notablement améliorée, bien que le Wassermann reste positif.

Augmentation de fréquence de la tuberculose chez les nourrissons de la clientèle hospitalière et crise du logement. — ***MM. P. Nobécourt*** et ***G. Boulanger-Pilet.*** Sur 1.380 enfants d'un jour à vingt-quatre mois hospitalisés à la clinique médicale des Enfants en trois ans et cinq mois, janvier 1921-juin 1924, 90 ont été reconnus tuberculeux, ce qui donne une proportion de 6,25 de tuberculeux pour 100 malades.

Ces tuberculeux étaient pour la plupart (87 p. 100) âgés de trois à treize mois, le tiers d'entre eux avait cinq, six ou sept mois ; ce qui prouve une contamination précoce.

L'enquête étiologique a montré que, dans 80 p. 100 des cas, l'enfant a été contaminé par ses parents.

Fait surtout important à noter : il y a une augmentation progressive depuis la guerre du nombre des nourrissons tuberculeux dans la clientèle hospitalière.

Cette augmentation paraît dépendre surtout des conditions actuelles de l'habitation à Paris. Un grand nombre de familles de la clientèle hospitalière habitent des locaux insalubres, petits, où s'entassent plusieurs personnes dans une même chambre. Cette pénurie du logement, l'encombrement des locaux exposent le bébé à la contagion, non seulement par les parents, mais encore par d'autres membres de la famille.

La tuberculose est une cause importante de mortalité pendant le jeune âge. Sur les 90 enfants tuberculeux, 52 sont morts dans le service. Comparée à la mortalité globale des nourrissons, celle des tuberculeux est passée de 6,92 p. 100 en 1921 à 10,72 p. 100 en 1924.

Ces constatations démontrent une fois de plus l'urgence de la réalisation des mesures de protection des jeunes enfants : séparation dès la naissance de l'enfant de la famille tuberculeuse, dépistage des adultes contagieux, création de centres de placement familial surveillé et de pouponnières de plein air, utilisation, enfin, de la vaccination antituberculeuse de Calmette.

Modifications de la pression artérielle sous l'influence de la respiration chez l'homme. — ***M. Akil-Mouktard.***

Les cécités de guerre curables. — ***M. Bonnefon*** présente les résultats acquis au cours de ces derniers mois par la thérapeutique chirurgicale appliquée à certains cas nettement définis de cécités de guerre.

Sur soixante grands mutilés des yeux soumis à son examen, il a pu déterminer dans quatre cas l'utilité immédiate d'une opération. Dans chacun de ces cas, l'intervention chirurgicale a eu pour résultat un rétablissement progressif de la fonction visuelle.

Il est actuellement démontré que, dans certaines blessures des yeux ayant entraîné d'emblée une cécité totale, des modifications anatomiques très lentes se produisent dans les milieux intérieurs du globe oculaire. Cette évolution silencieuse et spontanée de la blessure en modifie, à la longue, le pronostic fatal, et l'intervention chirurgicale tardive ne fait que compléter, en l'accélérant, l'œuvre de la nature.

Métrostatique anatomique de la mécanique animale. — M. ***Roussy***, poursuivant ses études sur la métrostatique anatomique de la mécanique animale, présente un examen critique de la méthode indirecte et empirique proposée par le professeur Charles Bouchard pour mesurer la surface du corps humain.

Il conclut que cette méthode, fort compliquée et rebutante, loin de solutionner le problème extrêmement difficile qui consiste à mesurer sûrement et exactement cette surface, est non seulement inapplicable à un très grand nombre de cas fort importants, mais que dans les cas où elle peut être appliquée elle donne des résultats dont on n'est jamais bien sûr et qui peuvent contenir de très grosses erreurs inacceptables.

Aussi cette méthode ne peut-elle justifier la confiance que certains pourraient être disposés à lui accorder en raison de la haute situation sociale dont jouissait son auteur.

Par contre, M. Roussy soutient que la vraie méthode de choix

© BIU Santé

est celle qu'il a basée sur la loi géométrique de la surface du corps humain, loi qu'il a découverte et formulée, en écrivant que « la surface de ce corps, S, est égale au produit de son périmètre moyen, Pm, par sa hauteur périphérique moyenne Hpm : $S = Pm \times Hpm$.

Cette méthode est générale et applicable à tous les corps, quels que soient leur taille, leur volume, leur âge, leur sexe, etc., ainsi qu'aux animaux, etc.

Mais son application exige encore, pour une main exercée, une demi-heure, temps que l'auteur trouvait encore trop long pour la pratique médicale.

Voulant avoir une méthode extra-rapide, il a trouvé qu'en multipliant le carré de la taille T^2 par le coefficient 0,69, on obtient la surface totale, S, du corps humain en deux ou trois minutes.

Malheureusement, elle ne donne exactement cette surface que pour la série des corps humains dont les dimensions caractéristiques, la hauteur et la circonférence moyenne sont exactement proportionnables.

Pour avoir la surface totale exacte de tous les autres corps non proportionnés, il faut toujours tenir compte de leur périmètre moyen, Pm, qui varie ou de la relation abstraite qu'il affecte avec la surface totale du corps et que l'auteur représente par α.

La formule devient alors $S = 0{,}69\ \alpha\ T^2$ qui est générale et doit donner exactement la surface totale de tous les corps humains.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1924.

Sténose duodénale sous-vatérienne. — ***M. Bréchot*** fait un rapport sur un travail de M. Charrier (Bordeaux) relatif à deux cas de sténose duodénale sous-vatérienne. Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 43 ans qui depuis de nombreuses années souffrait de troubles digestifs imprécis qui avaient amené à pratiquer sur elle une appendicectomie et une cholécystectomie. La persistance de ces troubles, les signes constatés à la radioscopie, amenèrent M. Charrier à proposer une nouvelle intervention motivée par les signes de dilatation duodénale. La présence d'une bride croisant le duodénum fut constatée et une duodénojéjunostomie amena la guérison définitive.

Dans le deuxième cas, les troubles étaient plus brusques et plus aigus. La radioscopie montra nettement une dilatation duodénale. M. Charrier pratiqua ici encore une duodénojéjunostomie et constata que le côlon transverse était mal fixé. Les troubles reparurent quelques jours après l'opération. On pensa que le duodénum était comprimé par le côlon. Il fit donc une plaie et cette fois la malade fut guérie.

A propos de ces deux observations, le rapporteur se demande si dans les cas de ce genre il n'y a pas développement d'une sorte de duodénite. Les vaisseaux mésentériques lèsent peu à peu les parois duodénales qui s'atrophient dans une certaine mesure, d'où phases de dilatation duodénale. La coexistence de dilatation stomacale, les ptoses des angles coliques — la suspension trop haute de l'angle duodénojéjunal seraient des causes adjuvantes.

Lorsque l'on trouve la bride formée par les vaisseaux mésentériques, la meilleure opération c'est évidemment la duodénojéjunostomie, mais celle-ci ne suffit pas toujours et des fixations des organes ptosés ou déplacés peuvent être parfois nécessaires.

M. Sauvé relate une observation personnelle de sténose duodénale provoquée par une mésentérite rétractile et dans laquelle le duodénum était très fortement dilaté.

Kyste du cartilage semilunaire externe du genou. — ***M. Auvray*** rapporte un travail de M. Jean (Marine) sur une affection kystique particulière du cartilage semi-lunaire du genou. Il s'agit de marins ayant eu antérieurement une entorse du genou. Chez de tels sujets on voit plus ou moins tardivement se développer une petite tuméfaction arrondie, sessile, siégeant au niveau de l'interligne articulaire à égale distance du ligament latéral externe et du bord externe du tendon rotulien — tumeur douloureuse, disparaissant dans la flexion — sinon accompagnée d'épanchement intra-articulaire. La ponction faite dans un cas a ramené un peu de liquide colloïde.

Dans deux cas, M. Jean est intervenu et a enlevé le cartilage semi-lunaire externe sur lequel est développée la tumeur, mais en laissant en place la corne postérieure.

Histologiquement c'est une tumeur aréolaire, multiloculaire développée sur le bord externe du cartilage, sans infiltration leucocytaire, sans lésions appréciables des vaisseaux voisins. Ces pseudokystes dont 18 cas ont été publiés ne sont pas toujours d'origine traumatique. On a pensé à une inclusion embryonnaire, mais l'absence d'épithélium sur leur face interne est contraire à cette hypothèse. Il s'agit plus probablement d'une lésion de méniscite chronique.

Le traitement par la ponction paraît insuffisant, car la récidive est fréquente. Le traitement chirurgical est préférable. Le ménisque externe doit être enlevé comme l'a fait M. Jean. Mais il semble au rapporteur préférable de l'enlever en totalité.

Pleurésie purulente et bouillons de culture filtrés. — ***M. L. Bazy*** rapporte deux observations de M. Marmasse (Orléans) qui a traité deux cas de pleurésie purulente par des injections intra-cavitaires de bouillons de culture filtrés. Dans un premier cas qui avait abouti à une fistule sans tendance à la guérison, ce mode de traitement a été suivi de succès dès la 4e injection.

Dans le deuxième cas, grippe suivie de pleurésie purulente avec état général très grave, une ponction fut faite, suivie d'injection de bouillon dans la cavité. L'état pleural s'améliora notablement mais des complications pulmonaires amenèrent la mort.

Il est impossible de tirer de ces deux faits une conclusion et il faut se contenter de les enregistrer.

Arthrite gonococcique et vaccin. — ***M. L. Bazy*** rapporte deux observations de M. Lombard (Alger) concernant des cas d'arthrite gonococcique traités par des injections de vaccin antigonococcique dans l'articulation — et suivis de guérison. Dans le deuxième cas, où il s'agissait d'une arthrite durant depuis longtemps et dont la nature ne fut révélée que tardivement et après plusieurs recherches — il y eut après l'injection de vaccin une réaction locale et générale très importante : gonflement, douleur, 39°3, vomissements, céphalée et albuminurie passagère.

Un nouveau mode d'anesthésie générale. — ***M. Frédet*** communique à la Société les résultats qu'il a obtenus avec un nouveau mode d'anesthésie générale. Depuis longtemps il fait avant les opérations une injection de scopolamine-morphine. Cette pratique a cependant un inconvénient : l'injection doit être faite 30 à 40 minutes avant l'anesthésie proprement dite. Dans le but de permettre de diminuer la dose d'anesthésique (éther ou chloroforme), il a alors expérimenté le somnifène en injection intra-veineuse — et constaté que ce produit agissait très vite et permettait de n'employer que des doses très faibles d'anesthésique. Divers essais et recherches l'ont amené à combiner l'injection de morphine-scopolamine et le somnifène auxquels s'ajoutent une très faible quantité d'éther ou de chloroforme.

On fait d'abord l'injection de scopol-morphine — puis un quart d'heure, après 5 cmc. de somnifène intraveineux ; injection très lente. Dès que celle-ci est finie le malade dort. Le sommeil dure trois heures environ. Il n'y a pas de vomissements si bien que les malades peuvent boire et s'alimenter tout de suite après.

Cette méthode semble non toxique et n'amène aucun trouble cardiaque, respiratoire, hépatique ou rénal. Elle présente un petit inconvénient cependant, dont il faut être averti : les malades ainsi endormis restent 24 ou 48 heures dans une sorte de torpeur : ils ne dorment pas mais somnolent. Parfois le soir et la nuit qui suit l'opération, ils ont de l'agitation. Il est donc nécessaire de les surveiller de près pendant 48 heures.

M. Alglave demande si les malades ainsi endormis ne saignent pas plus que les autres. La scopolamine-morphine à ce qu'il a constaté ne doit pas être employée dans les opérations sur les organes qui saignent aisément.

M. Frédet. — Il semble que les barbiturates soient à cet égard des correctifs de la scopolamine.

© BIU Santé

Présentations de malades. — ***M. Ombrédanne*** présente deux enfants chez lesquels il a refait le nez avec des greffes de cartilages costaux et des greffes italiennes.

M. Alglave présente un homme atteint de fracture de la tête fémorale et chez lequel il a enlevé la tête en mauvaise position. Le résultat est très satisfaisant. CH. LE BRAZ.

Séance du 2 juillet 1924

Drainage du cholédoque. (A propos de la communication de M. P. Duval. — ***M. Savariaud*** estime que les reproches que M. D. adresse au drainage externe des voies biliaires, s'adressent surtout à la méthode de Kehr. C'est en effet à l'incision en baïonnette que sont dues les éventrations bien plus souvent qu'au drainage lui-même. Aussi doit-on lui préférer l'incision oblique. Quant aux inconvénients de la déperdition de bile, il est bien rare que celle-ci soit assez abondante pour compromettre gravement la nutrition et la résistance du malade.

La cholédocotomie, idéale après dilatation de la papille, lui semble dans ces conditions préférable à la méthode de M. Duval et à l'introduction d'un tube perdu dans le cholédoque. Ce tube pourrait parfaitement constituer parfois un obstacle au lieu d'assurer l'écoulement de la bile, par exemple dans le cas ou un calcul aurait échappé au chirurgien au cours de son intervention. D'autre part on peut se demander si, entre les mains d'un chirurgien moins habile que M. D., la dilatation rétrograde trans-duodénale ne constituerait pas un danger.

M. Robineau pense que la suppression des mèches sous-hépatiques après cholédocotomie, en supprimant le danger d'hémorragie (au moment de l'ablation de ces mèches) supprime aussi un des arguments de M. Duval contre le drainage externe. Or depuis longtemps déjà M. R. a renoncé à ces mèches se contentant de laisser un simple tube de caoutchouc sous le foie lorsque la bile semble infectée.

M. Alglave préfère le drainage au contact du cholédoque incisé à l'introduction d'un tube dans le conduit biliaire. La bile est ainsi rendue aussi vite que possible à l'intestin et il estime comme M. D. que c'est là un point très important. Laisser dans un canal plus ou moins infecté un corps étranger qui risque d'entretenir cette infection ne lui paraît pas sans risques.

M. Lapointe a comme M. Robineau abandonné les mèches sous-hépatiques — mèches qui dans l'esprit de M. Kehr avaient pour but de permettre de retrouver aisément la brèche du cholédoque, hanté qu'il était par la crainte de calculs subsistants dans les voies biliaires.

M. Grégoire signale avoir eu l'occasion récemment d'appliquer la méthode du drainage transvatérien pour un cancer de la tête du pancréas obstruant le cholédoque, Pour éviter une obstruction nouvelle, il a drainé avec un tube de verre.

Fermeture sans drainage d'un abcès amibien. — ***M. Robineau*** à l'occasion d'une observation de M. Costantini (d'Alger) signale avoir fermé, comme M. C., un abcès amibien sans le drainer. Il s'agissait d'un abcès du foie qui continuait à grossir malgré l'émétine. Abordé par voie transpleurale, il contenait un liquide épais, café au lait.

Après évacuation fermeture sans aucun drain. La guérison se fit sans autre incident qu'une poussée de température (40°) le 2e jour, avec retour à la normale dès le lendemain. On raccourcit ainsi beaucoup la durée du traitement sans grands risques à condition d'être prêt à intervenir à nouveau si cela devient nécessaire.

Traumatismes carpiens. — ***M. Mouchet*** fait un rapport sur un travail de M. Guillemin (de Nancy) relatif aux lésions traumatiques du carpe basé sur plusieurs observations. Ces lésions sont de gravité et d'étendue variables allant de la fracture isolée du scaphoïde jusqu'aux lésions complexes intéressant à la fois carpe et radius. Ces traumatismes carpiens sont souvent difficiles à interpréter sur les radiographies. Dans les énucléations du semi-lunaire on doit toujours tenter la réduction non sanglante.

Si l'on intervient, et pour cela la voie palmaire semble bien devoir être préférée, le mieux est d'extirper le semi-lunaire car il est bien difficile de le remettre en place bien que M. G. ait pu le faire une fois avec succès.

Accidents pulmonaires et chirurgie gastrique. — ***M. Grégoire***, que cette question préoccupe à juste titre comme elle préoccupe bien des chirurgiens, apporte les résultats de son observation personnelle. En 1921, M. Souligoux a montré le rôle important joué par la congestion hypostatique. M. Lambret a conseillé la vaccination préalable des malades. M. Duval, avec MM. Roux et Moutier, a insisté sur l'importance de la crise douloureuse qui, souvent accompagnée d'une poussée fébrile, témoigne chez les ulcéreux d'une recrudescence septique et a conseillé d'attendre pour opérer la fin de cette crise.

M. G. incrimine comme responsable en partie de ces accidents pulmonaires l'anesthésie générale, soit qu'elle refroidisse l'air dans les alvéoles, soit qu'elle lèse le pneumogastrique. En outre la présence des microbes dans l'estomac explique les embolies septiques par la veine porte ou le canal thoracique.

M. G. est donc d'avis : 1° de désinfecter l'estomac : il utilise les lavements préopératoires biquotidiens à l'eau iodée ; 2° de remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale avec, chez les malades pusillanimes, adjonction d'une injection de scopolamine morphine 3/4 d'heure avant l'opération ; 3° de faire lever les malades de très bonne heure.

Grâce à cette méthode, la statistique des accidents pulmonaires qui était de 25 % avec le lavage iodé seul — qui était tombée à 9 % avec l'adjonction de l'anesthésie locale — est maintenant de 0 % depuis le lever précoce.

M. Dujarrier est également partisan du lever précoce dès le 3e ou le 4e jour et de l'anesthésie locale.

Discussion sur l'infection post-abortum (*Suite*). — ***M. Thierry*** estime que les accidents vraiment graves et mortels sont relativement rares. La ligature des hypogastriques, conseillée par certains, lui paraît inefficace et dangereuse. Quant à l'hystérectomie vaginale elle lui semble bien trop grave alors que le curettage avec écouvillonnage et drainage suffisent en général. Il a eu à se louer des injections sous-cutanées de pilocarpine.

MM. Cunéo et Lenormant considèrent l'hystérectomie vaginale comme ayant une gravité minime mais ses indications leur paraissent rares.

M. Faure affirme à nouveau sa conviction que dans certains cas, assez exceptionnels il est vrai, elle peut seule sauver les malades.

M. Auvray croit qu'il faut faire l'hystérectomie 1° quand malgré le curettage les accidents continuent et s'aggravent ; 2° en cas de cellulite et de pelvi-péritonite. 3° dans les septicémies avec utérus mobiles et indolores, l'utérus étant alors un foyer susceptible de fournir à chaque instant de nouvelles décharges microbiennes ; 4° en cas de perforation, môle hydatiforme ou cancer.

MM. Sauvé et Cadenat ont fait ainsi dans son service 9 hystérectomies abdominales avec 6 morts et 3 guérisons, et dans tous ces cas l'opération lui a paru absolument justifiée.

Présentation de malades. — ***M. Mathieu*** présente un malade atteint de pied bot valgus paralytique avec talus corrigé par cavus.

M. Basset présente un cas de fracture marginale postérieure dans lequel il a dû intervenir et a trouvé une interposition d'une coquille osseuse et d'un fragment ostéocartilagineux rendent la réduction impossible.

M. Alglave présente un cas de cancer du rectum traité par le radium après occlusion et paraissant, après 2 ans, complètement guéri. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1924.

A propos de la typho-bacillose. — M. ***Babonneix***, au sujet de la récente communication de M. Jousset, fait remarquer que chez l'enfant notamment la typho-bacillose prend souvent le masque de la fièvre typhoïde. Quant à cette typho-bacillose, on sait aussi qu'elle peut guérir spontanément, sans sérothérapie.

© BIU Santé

Lipomatose à évolution et à localisation spéciales. — MM. *Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et J. Krief* rapportent un cas de lipomatose qui se différencie, par son évolution et la localisation des lipomes des cas jusqu'ici publiés.

Un lipome apparaît au flanc gauche chez une femme de 33 ans. Ce lipome bien circonscrit reste unique pendant trois ans. A ce lipome succèdent un état d'obésité et une série de masses lipomateuses, mal circonscrites, toutes bilatérales et symétriques. Elles siègent dans les régions préhyoïdienne, susclaviculaire, épigastrique, abdominale, au niveau de la 7e cervicale, au-dessous de la pointe des omoplates et au niveau des hanches.

A cette lipomatose s'associent un état sclérodermique du visage, des troubles ovariens et une diminution du métabolisme nasal.

Les traitements opothérapiques, de même que les essais d'ionisation et d'application de rayons infrarouges, sont restés inefficaces.

Un cas de mégacôlon énorme d'origine congénitale. — MM. *André Bergé, Chevrier et Paul Lefèvre* présentent une pièce de mégacôlon monstrueuse provenant d'un jeune homme de quinze ans opéré pour une occlusion intestinale incomplète prolongée : trente-huit jours sans selles, mais avec émission de gaz.

Ce mégacôlon renfermait près de 14 kilogs de matières fécales et refoulait les organes thoraciques, cœur et poumon, en galette, derrière le manubrium sternal.

Outre diverses particularités : notamment une hydro-urétéro-néphrose droite déterminée par un amas fécal dur dans la moitié droite du petit bassin, ce mégacôlon faisait la preuve de son origine congénitale par le fait de la rétention de méconium observée à la naissance. Histologiquement, il y avait, en plus de l'hypertrophie habituelle de la couche musculaire circulaire, une remarquable destruction en masse de la muqueuse colique.

Les pleurésies à cholestérine. — MM. *Am. Coyon, Noël Fiessinger et P. Meignant* résument l'histoire de deux pleurésies à cholestérine, dont l'une présenta ce phénomène exceptionnel qu'est la vomique à cholestérine. De l'étude de ces deux observations et de celle des faits publiés antérieurement, ils concluent que ces pleurésies sont généralement des pleurésies chroniques de nature tuberculeuse, souvent enkystées dans des coques pleurales particulièrement épaisses. Ce sont presque toujours des pleurésies latentes, sans aucun symptôme fonctionnel. Le liquide est épais, de couleur chocolat au lait ou louche avec des paillettes visibles par miroitement. L'examen microscopique y décèle avec facilité des cristaux de cholestérine, le taux de cette cholestérine oscille entre 2 et 30 gr. pour 1000, et diminue à mesure que les ponctions se répètent. Chez ces sujets le taux de la cholestérinémie est normal. Cette constatation oppose ces épanchements où la cholestérine apparaît par transformation locale avec les dépôts locaux de cholestérine qui furent décrits par le Pr Chauffard et ses collaborateurs au cours des cholestérinémies.

M. *Caussade* insiste sur le fait que ces épanchements se rencontrent dans les vieilles pleurésies, enkystées le plus souvent.

Réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives chez un arséno-résistant. Importance du terrain dans l'évolution des accidents syphilitiques. — MM. *Lortat-Jacob et Roberti.* — Il s'agit d'un malade de 60 kilog. dont les accidents cutanés ne furent jamais complètement jugulés par des séries fortes de novarsénobenzol et qui cependant présentait constamment les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann négatives. Réactions contrôlées simultanément par trois laboratoires différents.

L'arsénorésistance ne peut reconnaître ici sa source dans un traitement insuffisant ; les doses ayant atteint à chaque série plusieurs injections de 0.90 cent. (pour un poids de 60 kilog.). Le fait suivant met encore en lumière le rôle du terrain, le malade a contaminé il y a 18 mois une jeune femme qui présenta un Wassermann positif au début de l'affection, mais chez elle la marche de la syphilis fut régulièrement influencée par le novarsénobenzol, tant sous le rapport des réactions sérologiques que sous le rapport des accidents cutanés.

Note sur la participation du squelette aux localisations de la granulomatose maligne dite maladie de Hodgkin. — M. *Béclère* insiste sur les localisations osseuses dans la maladie de Hodgkin et sur l'influence du traitement radiothérapique.

Coma diabétique et tuberculose pulmonaire. Traitement par l'insuline. — M. *F. Rathery et* Mlle *Dreyfus Sée.* — Les auteurs rapportent une observation de coma diabétique vrai survenu au cours de l'évolution d'un diabète consomptif compliqué de tuberculose pulmonaire. Le coma fut guéri par des injections d'insuline dont l'action ne fut aucunement gênée par la tuberculose, ni pendant la crise de coma, ni en dehors d'elle. On a noté une poussée très rapide de la bacillose pulmonaire ; il est difficile d'affirmer que le traitement insulinique ait joué un rôle dans cette aggravation des lésions : tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il ne l'a pas entravée.

M. *Monier-Vinard* signale un cas dans lequel l'insuline eut une influence heureuse sur le coma diabétique, mais chez lequel on constata au cours de l'évolution une poussée évolutive de tuberculose.

Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde. Action hypothermisante de la réaction azotée. — MM. *Lemierre* et *Etienne Bernard* rapportent l'observation d'une femme obèse atteinte d'une fièvre typhoïde grave chez qui survint à partir du 15e jour de la maladie une chute progressive de la température, contrastant avec la persistance et même l'accentuation de la stupeur ainsi que de la diarrhée avec incontinence des matières et des urines. Cet abaissement thermique a été provoqué non par une injection de trypaflavine donnée en raison de la gravité de l'état général, mais par le développement progressif d'une azotémie en relation avec une néphrite typhoïdique.

Au moment où cette azotémie atteignit son maximum, 4 gr. 57 d'urée par litre de sérum, la température tomba au-dessous de 37, puis l'azotémie ayant rapidement régressé pour disparaître complètement 9 jours plus tard, en même temps que s'ébauchait un syndrome de fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec délire, tremblement et carphologie ; cette reprise des accidents infectieux ne fut d'ailleurs que passagère et la guérison survint sans nouvel incident.

Cette observation démontre une fois de plus l'action hypothermisante de l'azotémie.

Néphrite suraiguë mercurielle avec ascension de l'urée du sang à 7 gr. 29. Guérison. — MM. *A. Lemierre* et *Etienne Bernard* rapportent l'observation d'un jeune homme qui, immédiatement après un lavage de l'urèthre avec une solution d'oxycyanure de Hg. pratiquée consécutivement à un cathétérisme qui avait fait saigner le canal, fut pris d'accidents graves d'empoisonnement mercuriel.

Il y eut seulement deux jours d'anurie, mais pendant sept jours encore après la reprise de la diurèse, l'azotémie ne cessa de progresser pour atteindre le chiffre énorme de 7 gr. 29 par litre de sérum. A ce moment se produisirent d'ailleurs quelques symptômes menaçants, tendance à l'hypothermie, somnolence, petites secousses musculaires, irrégularités respiratoires. La guérison survint néanmoins et 15 jours après le moment critique l'urée sanguine était retombée à 0 gr. 31.

Les auteurs insistent sur la dissociation qui a existé chez leur malade, comme cela est habituel en pareil cas d'ailleurs, entre la reprise de la diurèse aqueuse et la persistance de l'impossibilité pour le rein d'excréter l'urée à une concentration élevée. Ceci explique la progression de l'azotémie malgré l'émission d'une quantité assez considérable d'urine. La thérapeutique logique de la néphrite mercurielle consiste à introduire dans l'économie le plus d'eau possible au moyen de boissons abondantes et d'injections sous-cutanées et intraveineuses de solutions glucosées qui élèvent la diurèse aqueuse et entraînent ainsi un peu plus de déchets azotés.

L'amaigrissement subi par le malade a été de 9 kilog. Il n'a pris aucune alimentation pendant la durée de ses accidents. Il y a donc eu sous l'influence de l'intoxication mercurielle, une désintégration importante des tissus aboutissant à la production d'une grande masse d'azote excrémentiel ce qui explique l'intensité de l'azotémie ; celle-ci a été avant tout endogène.

© BIU Santé

Au point de vue pratique cette observation montre que les lavages de l'urèthre à l'aide de solutions d'oxycyanure de mercure peuvent avoir de graves conséquences et qu'il serait prudent d'y renoncer.

Valeur séméiologique de l'épreuve de Meltzer-Lyon. — ***MM. Chiray et M. Milochevitch*** poursuivant leurs recherches sur l'épreuve de Meltzer-Lyon, abordent l'étude de sa valeur séméiologique. Le clinicien peut par ce procédé d'exploration, obtenir deux ordres de renseignements. Les uns seront fournis par le mode de réponse duodénale à l'excitation magnésienne. Les autres peuvent être tirés de l'examen physique, histologique, chimique et bactériologique de la « bile B ».

1° *Au point de vue de la réponse vésiculaire on peut distinguer trois cas pathologiques.*— Ou l'épreuve est entièrement négative ou elle est presque négative donnant seulement quelques gouttes de « bile B », ou elle fournit une bile de coloration anormalement foncée ou même presque noire, en quantité tantôt normale, tantôt excessive.

a) *Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon reste entièrement et constamment négative*, on est en droit de conclure à la suppression totale anatomique ou fonctionnelle de la vésicule par obturation du cystique ou péricholécystite étendue. Lorsqu'elle est négative seulement avec les excitants forts tels que la peptone, et positive avec les excitants faibles tels que le sulfate de magnésie, on peut penser à l'ampullo-spasme (spasme de l'ampoule de Vater) avec parésie vésiculaire comme cela se voit dans les duodénites, en particulier dans l'ulcère duodénal.

b) *Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon, quoique presque négative, fournit cependant quelques gouttes de « bile B »*, on peut, en tenant compte de certains détails de l'épreuve, penser soit à la cholécystite calculeuse, soit à la péricholécystite sans adhérences trop serrées.

c) *Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon fournit en quantité normale ou excessive une « bile B » de coloration très brune ou presque noire*, elle traduit la stase vésiculaire. On peut alors, suivant les cas, penser à la cholécystite chronique avec dilatation, à la compression du cystique par une tumeur du voisinage ou par des adhérences, enfin à la simple perte ou diminution du réflexe duodéno-vésiculaire.

2° *L'examen physique, histologique, chimique, et bactériologique de la « bile B » fournit des indications importantes sur l'état anatomique de la paroi vésiculaire.* C'est une sorte de biopsie. En colligeant les résultats de ces divers examens on peut décrire le syndrome des cholécystites chroniques calculeuses et non calculeuses dans l'épreuve de Meltzer-Lyon.

a) *Dans la cholecystite chronique non calculeuse*, la « bile B est souvent épaisse, trouble, noirâtre ou verdâtre et contient soit des flocons de mucus, soit des amas purulents. Histologiquement on y trouve en plus ou moins grande abondance des globules blancs, des cellules épithéliales dégénérées, quelquefois aussi des globules rouges.

b) *Dans la lithiase biliaire et dans la cholécystite lithiasique*, la « bile B » peut présenter tous les types de réaction depuis la forme catarrhale jusqu'à la suppuration franche. On observe en outre un signe caractéristique de l'état lithiasique, signe qu'ont décrit MM. Chiray et Le Clerc et qu'ont confirmé MM. Labbé, de Moor et Nepveux. C'est la diminution de la cholestérine dans la bile vésiculaire sans modification semblable dans les « biles A et C » sans diminution parallèle des pigments dans la bile « B », le phénomène pouvant être qualifié de dissociation cholestérino-pigmentaire. Quelquefois aussi on trouve de la « bile B » des calculs de très petite taille qui ont été décrits par MM. Chiray et Blum sous le nom de calculins.

Présentation d'un appareil pour pneumothorax artificiel. — ***M. Konchnir.***

Séance du 4 juillet.

A propos du diagnostic différentiel des pneumothorax enkystés sous-scissuraux et des grandes cavernes du sommet. — MM. ***Emile Sergent*** et ***Francis Bordet*** rapportent trois observations qui montrent que l'examen radiologique ne fait souvent qu'accuser les ressemblances symptomatiques qui rendent ce diagnostic différentiel parfois si difficile.

L'interprétation des grandes images cavitaires occupant tout le 1/3 ou le 1/2 supérieur d'un hémi-thorax doit être considérée comme très délicate. Si l'on fait abstraction des commémoratifs et des signes cliniques, seuls capables de la guider dans une certaine mesure, on risque fort d'attribuer à un pneumothorax enkysté une de ces larges zones transparentes obliques ovalaires, alors qu'elle n'est, comme c'est le cas le plus fréquent, que l'indice d'un évidement total du lobe supérieur.

L'erreur inverse est en effet plus rare.

M. ***Ménétrier*** n'a jamais constaté de pneumothorax du sommet et rappelle que Jaccoud n'en a signalé que de rares observations.

Accès fébriles pseudo-palustres à grandes oscillations survenant au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde. — MM. ***Caussade, H. Le Rasle*** et ***Madre*** rapportent deux cas où, au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde, sont survenus des accès fébriles à grandes oscillations, avec cette particularité essentielle que la plupart des accès furent très impressionnants, ils s'accompagnaient des trois stades classiques des gros accès paludéens et des septicémies graves : frisson (dont l'un d'eux fut de la durée de 4 heures), sensation de chaleur considérable et sueurs souvent très profuses pouvant durer 12 heures.

Dans le 1er cas, les accès fébriles au nombre de cinq apparurent dans la période de lysis et dans le 2e cas, les succès au nombre de six occupèrent la place du stade amphibole. Tantôt ils vont diminuant d'intensité (1re observation), tantôt (2e observation) en augmentant d'intensité et souvent se terminant brusquement ; dans un accès, la chute fut de 6 degrés (41 à 35,2). Dans les deux observations, la convalescence fut seulement retardée de quelques jours. Ces accès furent donc sans gravité. Aucune complication.

Ils furent, en général, isolés les uns des autres, rarement subintrants, quotidiens le plus souvent et rarement biquotidiens. Leur début chez un même sujet a lieu aussi bien le matin que dans la soirée. Ils surviennent sans cause apparente.

D'après un cas de L. Bouveret, qui en a observé de semblables, la quinine fut sans action.

La durée des accès varie de 24 heures à 1 heure. Celle des cas moyens est de 8 heures environ.

M. ***Ménétrier*** rappelle que Jaccoud a décrit une forme sudorale rappelant les cas rapportés par M. Caussade.

M. ***Martin*** a vu chez certains malades les mêmes accès fébriles provoqués par le lait ou les œufs. Il s'agit de malades hypersensibilisés à ces substances.

Anomalie sacrée. — MM. ***André Léri, Cottenot*** et ***Pettidi*** présentent une enfant de 10 ans atteinte d'une anomalie sacrée.

Celle-ci consiste en l'*absence totale de toute la moitié droite du sacrum*, à l'exception de la première et d'une partie de la 2e pièce sacrée. La partie manquante est nettement coupée en arc de cercle comme à l'emporte-pièce. Il n'y a aucun trouble causé par cette anomalie, si ce n'est une légère atrophie du membre inférieur correspondant.

La malade est atteinte de crises comitiales à début jacksonien, avec auras ou équivalents psychiques.

Il est possible, mais non certain, qu'il s'agisse d'une hérédo-spécifique.

Dosage et variations de la bilirubine dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. ***M. Chiray, M. Milochevitch*** et ***L. Petrovitch*** rappellent que l'étude de la bilirubine duodénale et de ses variations a pris de l'intérêt dès que l'on a commencé à pratiquer le tubage. Pour ce dosage, divers procédés ont été préconisés en France, méthode de Pauchet appliquée au suc duodénal par René Gaultier, méthode de Chabrol, Bénard et Gambillard, cholémimétrie de Gilbert, Herscher. Dans les nombreux et importants travaux que la question a suscités à l'étranger, la seule méthode employée est celle que Hijmans Van den Bergh a créée pour le dosage des pigments biliaires dans le sérum sanguin. Les A. l'ayant étudiée comparativement avec les méthodes anciennes, la jugent plus précise et plus commode pour le dosage de la bilirubine duodénale. Après avoir étudié sa

© BIU Santé

technique d'une façon complète et détaillée, ils indiquent les résultats obtenus d'une part dans l'exploration de la vésicule biliaire par l'épreuve de Meltzer-Lyon, d'autre part, dans une série de maladies du foie.

a) Dans l'étude de la vésicule biliaire par l'épreuve de Meltzer-Lyon on obtient pour les cas normaux, les résultats moyens suivants, exprimés en unités de la méthode de Hijmans Van den Berg :

Bile A — 12,8 unités.
Bile B — 40 unités.
Bile C — 8 unités.

Ces chiffres qui sont d'ailleurs proportionnellement comparables à ceux que fournissaient les anciennes méthodes, constituent une formule caractéristique de la vésicule saine.

Chez les malades atteints de troubles vésiculaires, qu'il s'agisse de cholécystite calculeuse ou non calculeuse, et d'ailleurs dans tous les cas où, pour une raison quelconque, le cholécyste se trouve anatomiquement ou fonctionnellement annihilé, la réponse vésiculaire est modifiée. Tantôt l'on constate l'absence ou l'inversion des variations bilirubiniques dans l'épreuve de Meltzer-Lyon, tantôt on observe des variations excessives qui consistent en une concentration pigmentaire anormalement élevée dans la « bile B ».

b) Pour les malades du foie, les variations de la bilirubine présentent surtout de l'intérêt au cours des ictères. Dans l'*ictère catarrhal*, à la période d'état, jamais la bilirubine duodénale ne disparaît complètement quelle que soit la surcharge pigmentaire de la peau et des urines. A la convalescence, elle atteint et conserve pendant quelque temps une concentration anormalement élevée. Au contraire le pigment disparaît complètement dans le suc de tubage au cours des vrais ictères par rétention. Enfin, tant en France qu'à l'étranger, on a signalé des quantités de bilirubine duodénale extrêmement élevées dans toutes les maladies liées à l'hyperhémolyse active ou passive, ce qui confirme, en clinique humaine, les données depuis longtemps établies par la médecine expérimentale.

Les temps de saignements raccourcis. — M. ***P. Emile Weil*** rapporte plusieurs cas d'états hémorragiques ou d'hémorragies importantes isolées où les temps de saignements étaient très raccourcis : 1'5, 1'2 au lieu des temps normaux fixes de 3'. Cette anomalie de saignement s'accompagne d'autres anomalies (retard de la coagulation, caillot irrétractile, diminution des hématoblastes) semblables à celles qui se voient dans les états hémorragiques à temps de saignements prolongés Elle a donc une valeur séméiologique analogue à l'allongement du temps de saignement, avec lequel elle peut s'associer. Elle montre la part importante qui revient au système nerveux vaso-moteur à côté de celle de la dyscrasie sanguine dans la réalisation des hémorragies.

M. ***Aubertin*** partage l'opinion de M. P.-E. Weil.

M. ***Marcel Labbé*** pense que les vaso-moteurs jouent un rôle important et que les glandes endocrines paraissent conditionner le trouble. Il a constaté un temps de saignement raccourci dans un cas net d'insuffisance surrénale.

L'anatoxi-réaction. Réaction révélatrice de l'allergie diphtérique. — M. ***Chr. Zoeller*** étudie les effets produits par l'introduction dans le derme d'une petite quantité d'anatoxine diluée à 1 p. 100.

Une réaction positive se montre chez les sujets qui hébergent actuellement ou ont hébergé du bacille diphtérique ; souvent négative au début des angines pseudo-membraneuses typiques elle devient positive dans un délai plus ou moins long. Elle est particulièrement fréquente et marquée au cours des angines diphtériques rouges dont les signes cliniques sont réduits au minimum et où l'examen bactériologique décèle le bacille de Loëffler. Elle révèle chez un sujet réceptif en voie d'immunisation un état d'hypersensibilité intermédiaire entre la réceptivité absolue et l'immunité acquise (phase allergique de l'immunisation antidiphtérique spontanée).

Cette phase allergique se retrouve chez certains sujets au cours de la vaccination par l'anatoxine diphtérique.

M. ***Martin*** partage l'opinion de M. Zoeller.

Radiculo-polymyélite complication de méningite cérébro-spinale. — MM. ***de Lavergne*** et ***R. Bize*** rapportent l'observation d'un malade ayant présenté une méningite cérébro-spinale (type A) dont la guérison coïncida avec l'apparition d'une myélite de type radiculo-poliomyélitique, violentes douleurs lombo-sciatiques, rétention diurne et paraplégie flasque avec troubles des réactions électriques. L'évolution en fut rapide et la guérison survint en deux mois.

Les auteurs insistent : 1° sur la forme septicémo-méningée de l'infection qui se montra résistante à la sérothérapie ; 2° sur la coïncidence d'une injection de bleu de méthylène, de la guérison de la méningite et l'apparition de la myélite.

Etude sur la pathogénie d'un cas de purpura rhumatoïde survenu à la suite d'une injection de vaccin T. B. A. — MM. ***V. de Lavergne*** et ***R. Bize*** essayent de démontrer la relation de causalité qui peut exister entre la vaccination T. A. B. et l'apparition du purpura rhumatoïde.

A l'aide d'une intra-dermo vaccinale, ils observèrent l'apparition : 1° d'une tache purpurique ; 2° d'une violente réaction de sensibilisation.

Des réactions-témoins leur montrèrent que, chez leur malade, toute distension du derme provoquait une tache purpurique et ils pensent qu'une intra-dermo réaction à l'eau physiologique représente un signe sensible de la dyscrasie purpurique plus constant que le signe du lacet. Au contraire, tenant compte de la réaction de sensibilisation, de la date d'apparition des accidents et de l'aspect du syndrome, ils assimilent la réaction purpurique observée à un accident sérique déterminé par la pénétration d'albumines hétérogènes vaccinales.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 juin 1924.

La douleur lombaire droite, symptôme de cholécystite. — ***M. Ch. Buizard*** montre l'importance de la douleur lombaire droite dans le diagnostic de la cholécystite, surtout chronique.

On a signalé, au cours des crises aiguës de la lithiase biliaire, des irradiations multiples de la douleur, et en particulier quelques irradiations vers la région lombaire. Mais, aucun auteur n'avait jamais insisté sur cette douleur lombaire, ni décrit ses modalités.

M. Ch. Buizard insiste, d'après ses observations cliniques et opératoires, sur la fréquence de ce symptôme dans la cholécystite.

Le malade se plaint de toujours « souffrir des reins ». La nuit, la douleur le gêne ou l'empêche de se retourner dans son lit. Il peut exister des paroxysmes douloureux trois à quatre heures après le repas, ou au cours d'une poussée aiguë de cholécystite.

La douleur siège à droite, dans les muscles sacro-lombaires, qui sont plus ou moins contracturés. Elle est habituellement localisée, et de façon très caractéristique, à *l'un des deux points* suivants, d'un diamètre de 3 à 5 centimètres : 1° l'un, *supérieur* dans la moitié externe de la masse sacro-lombaire, au-dessous des côtes ; 2° l'autre, *inférieur*, le plus fréquent, toujours dans la moitié externe de la masse musculaire, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

La douleur déterminée au niveau de la vésicule biliaire, par la palpation ou les inspirations profondes, provoque ou augmente la douleur lombaire droite. Quand la sensibilité vésiculaire s'atténue, le point douloureux lombaire s'atténue jusqu'à disparaître.

M. Ch. Buizard montre que, schématiquement, trois cas peuvent se présenter en clinique :

1° La cholécystite est facilement reconnue ; la douleur lombaire lui est ou non rattachée.

© BIU Santé

2° On traite séparément troubles digestifs et douleurs lombaires, sans les rattacher les uns aux autres. Et, on méconnaît l'origine commune des accidents, la lithiase biliaire.

3° La douleur lombaire prédomine ; et les accidents gastro-intestinaux sont peu marqués.

On fait ainsi des erreurs de diagnostic multiples. M. Ch. Buizard en cite plusieurs exemples, où la cholécystite a été ainsi prise, à cause de la douleur lombaire, pour un mal de Pott, une lithiase rénale, etc.

La notion, ainsi établie, de la douleur lombaire droite comme symptôme de cholécystite, permettra de dépister plus facilement l'origine cholélithiasique, si fréquente, de certains troubles gastro-intestinaux, et d'éviter, en rapportant la douleur lombaire à d'autres affections, de commettre des erreurs de diagnostic qui peuvent être sérieuses.

Gastrectomie pour ulcère. — ***M. Maurice Péraire*** présente une malade à laquelle il a pratiqué, il y a deux mois, une *gastrectomie pour ulcère de l'estomac*. Actuellement, la malade ne souffre plus, a augmenté de poids et digère toutes sortes d'aliments.

Anus gargouille de Lambret. — ***M. Victor Pauchet*** rappelle que l'*anus phallus ou l'anus en trompe* est constitué par l'engainement de l'extrémité supérieure de l'intestin, par un lambeau cutané, pris sur la paroi abdominale. Ainsi, la continence est parfaite ; mais ce procédé n'est applicable que :

a) Chez les sujets d'embonpoint moyen ou maigres ;

b) Chez les sujets résistants, car cela constitue une opération d'une certaine importance.

Actuellement, le chirurgien peut employer, en dehors de ce procédé, trois autres méthodes simples :

L'anus de Jeannel, avec pont cutané ;

L'anus de Mayo, avec pont cutané fait simplement par la suture cutanée entre les deux branches de l'anse.

L'anus de Reclus qui maintient l'anse herniée par une baguette de verre.

Procédé le plus simple qui convient aux sujets débilités, obèses et peu résistants. Pourvu que le chirurgien fasse passer l'intestin dans un interstice musculaire et pourvu que l'opéré sache se rééduquer, la continence suffit trois fois sur quatre.

Luxation des quatrième et cinquième métacarpiens. — *M. Péraire* rappelle qu'il a présenté au Congrès de Chirurgie de 1919 un *cas de luxation des quatrième et cinquième métacarpiens sur le carpe*. Il insiste sur la rareté de pareilles lésions. Sous l'anesthésie au kélène la réduction de la luxation peut être facilement obtenue.

M. Gouguet de Girac. — Une observation de rachianesthésie à la stovaïne-caféine.

M. Zislin fait un rapport sur cette observation :

Un homme de 63 ans, artério-scléreux, albuminurique et emphysémateux à la suite d'une rachianesthésie pour cure radicale de hernie présente des phénomènes de parésie intestinale pendant dix jours, avec rétention d'urine durable et à la suite de l'application d'une vessie d'eau chaude sur l'hypogastre, des plaques érythémateuses au niveau de la racine des cuisses ; le malade présente pendant plusieurs semaines des troubles de la sensibilité des membres inférieurs.

Le rapporteur estime que chez un malade dont l'état était aussi précaire, il n'y avait pas plus de raisons de pratiquer une anesthésie rachidienne qu'une anesthésie générale. Ce malade était seulement justiciable d'une intervention sous anesthésie locale.

La rachi-Cathelin ou anesthésie épidurale. — *M. Hannecart* (de Bruxelles).

M. Hannecart oppose à la rachi-anesthésie la rachi-Cathelin pour les *opérations sous-diaphragmatiques*.

L'avantage de cette méthode est la suppression des inconvénients de la R. A. Mais, par contre, *elle ne procure pas la résolution musculaire* « le silence abdominal » qu'on observe dans la R. A. Hannecart emploie la scurocaïne à 1 %, dans l'eau simple, à la dose de 100, 200, 250 cc.

L'anesthésie est lente à venir et dure deux heures ; elle finit par la peau. L'analgésie est très souvent parfaite ; exceptionnellement, il faut ajouter un peu de kélène ou d'éther. La dose absorbée dans ces cas est insignifiante. La méthode est donc ni plus ni moins fidèle que la R. A., mais c'est un grand progrès de pouvoir la substituer souvent à cette dernière qui offre des risques. Une seule piqûre la rend supérieure à l'anesthésie régionale, car celle-ci nécessite plusieurs piqûres.

M. Dartigues présente un cas d'appendicite aiguë avec salpingite droite tordue concomitante.

L'intérêt de cette observation est que l'appendicite et la salpingite droite avaient été diagnostiquées fermement 20 ans auparavant.

M. Dartigues présente un cas de lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire droite. Extirpation de la glande.

Homme de 25 ans qui en deux crises, qui ont duré chacune trois jours avec un intervalle de deux mois, a expulsé 4 calculs gros, chacun, *comme une dent*. Extirpation de la glande par la voie sous-maxillaire.

M. Judet rappelle qu'il a rapporté autrefois une observation de calcul de la glande sous-maxillaire. Comme particularité, ce calcul était visible aux rayons X. Il put l'extraire par la bouche.

M. Péraire a observé deux cas de calculs salivaires de la glande sous-maxillaire.

Chez ces deux malades, dont les calculs étaient aussi volumineux que des noisettes, *la syphilis* paraissait pouvoir être incriminée.

Ostéo-périostites post-typhiques et auto-vaccins. — *M. Raymond Petit* rapporte quatre observations d'ostéo-périostite consécutives à la fièvre typhoïde. Ces ostéo-périostites ne sont pas toujours à bacille typhique, elles peuvent être dues à des microbes d'infection secondaire qui trouvent au niveau des plaques de Peyer ulcérées de larges portes d'entrée.

Les foyers multiples sont fréquents et la durée est fort longue.

L'examen comparatif des quatre cas plaide de façon certaine en faveur de l'auto-vaccination.

Gynécomastie et cancer du sein chez l'homme. — *M. Petit de la Villéon* présente une pièce opératoire, néoplasme du sein, opéré chez un homme âgé, lequel était atteint d'une gynécomastie très accusée, consécutive à une prostatectomie.

Chirurgie conservatrice et fibromatose utérine. — *M. Petit de la Villéon* présente un utérus enlevé chez une femme soignée pour des hémorragies utérines profuses. Dix ans auparavant un chirurgien avait pratiqué une énucléation de fibrome.

M. Haller fait remarquer que, grâce à la chirurgie conservatrice, la malade de M. Petit de la Villéon a gardé son utérus pendant dix ans et aurait pu se trouver enceinte, fait qui justifie pleinement la conservation des organes de génération.

Séance du 20 juin 1924.

De l'abus des interventions chirurgicales dans le traitement des fractures. — *M. André Trèves* s'élève contre ces abus. Chez l'enfant, la fracture du condyle externe irréductible et celle de l'épitrochlée avec enclavement intraarticulaire commandent seules l'intervention. Chez l'adulte, à part la rotule et l'olécrâne, aucune fracture ne devrait être opérée sans de sérieuses tentatives de réduction sous anesthésie.

Même en cas d'opération justifiée, T. trouve abusif l'emploi des plaques, vis, agrafes, etc. Elles entraînent presque toujours une intervention ultérieure, amènent de l'ostéoporose, cassent souvent, donnent une fausse sécurité au chirurgien, qui risque à tort de négliger l'immobilisation, sans compter les cas d'infection opératoire, fréquents, mais presque jamais publiés, et dont les conséquences sont graves. La coaptation suivie de suture des tissus fibro-périostiques est souvent suffisante. Sinon, le fil lentement résorbable (catgut chromé, tendon de renne) est recommandable.

Hernie géante. — ***M. Pauchet*** rapporte une observation de

© BIU Santé

M. Georges Audain concernant une femme de 50 ans, porteuse d'une hernie inguinale géante (tête d'adulte), facilement réductible. Elle a subi la cure radicale et présente une guérison parfaite.

M. Victor Pauchet. — Le traitement opératoire des hernies géantes comportent les précautions suivantes :

a) *Nécessité d'un examen médical complet*, notamment recherche de l'azotémie, de l'albumine, de la glycosurie et épreuve de la phénol sulfo-phtaléine.

b) *Recherche du degré de réductibilité des hernies* : avant d'opérer, si le sujet est gras, au ventre tendu, il faut le faire maigrir de 5 à 20 kilos par le régime fruitarien exclusif.

c) *Jamais d'anesthésie générale* : employer uniquement l'anesthésie locale, régionale ou rachidienne.

d) *Quand il s'agit d'un homme âgé*, il faut pratiquer la section du cordon, au niveau du pubis, de façon à fermer l'anneau complètement.

e) *Comme matériel de suture*, n'employer aucun corps étranger, comme soie ou fil, mais des crins de Florence, ou mieux du catgut chromé qui se résorbe en trois ou quatre semaines.

Fracture du crâne et drainage du liquide céphalo-rachidien. — Le Dr *Mayet* publie un cas de guérison de fracture de la voûte et de la base du crâne chez un adolescent de 14 ans par trépanation large, évacuation des épanchements sous et extra-duréméniens, et drainage du liquide céphalo-rachidien. La guérison totale sans séquelle s'est produite en 15 jours.

Ce cas vient à l'appui des heureux résultats déjà obtenus par le drainage céphalo-rachidien lorsqu'il y a des signes de compression cérébrale bien limitée, ou par les ponctions lombaires répétées lorsque la fracture de la base paraît ne pas avoir donné naissance à des épanchements intracrâniens étendus.

M. Thévenard rapporte un cas de volvulus total du grêle opéré dès le début. A ce propos il insiste sur l'importance au point de vue du diagnostic de l'intensité et de la persistance des crises douloureuses et de la présence d'une zone très sensible à la pression au pourtour de l'ombilic.

Pour justifier la conduite qu'il a tenue dans un cas antérieur, où il a réséqué la presque totalité du grêle sphacélé, il cite un fait de Doerfler qui après la même intervention voit son malade vivre normalement depuis six ans.

M. C. Rœderer. — **Un cas de spondylite traumatique (Syndrome de Kummel-Verneuil.** — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui a fait, il y a un an, une chute de 12 mètres environ.

Les trois périodes de la maladie de Kummel-Verneuil se retrouvent dans cette observation. L'auteur attire l'attention sur la persistance des symptômes douloureux malgré l'arrêt de la déformation et la preuve radiologique que l'affection est enrayée.

Ce cas pose une question intéressante au point de vue du traitement. Jusqu'à quel point faut-il conserver l'immobilisation ?

M. Dartigues. — **Paralysie radiale provoquée par les épaulières dans la position déclive.** — L'auteur rapporte le cas d'une paralysie radiale qu'il a observée chez une jeune femme de 21 ans opérée par lui d'hystérectomie abdominale pour double pyosalpinx.

Pour l'auteur, dans le cas particulier, il ne saurait être question de compression du bras, mais d'une paralysie produite par les épaulières fortement repoussées dans le but de fléchir un peu le tronc et d'obtenir ainsi un relâchement des muscles abdominaux favorable à la laparotomie, ainsi que le conseille justement J.-L. Faure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juin 1924

Présentation d'ouvrage. — *M. Cathelin* dépose sur le bureau de la Société son ouvrage récent *La tuberculose rénale chronique*. Il s'agit surtout d'une mise au point classique et thérapeutique de cette importante question, dans ce volume in-8° de 258 pages illustrées.

Pathologie du sympathique. — *M. Laignel-Lavastine* présente à la Société son récent ouvrage : *La pathologie du sympathique*, essai d'anatomo-physiopathologie clinique, fort volume in-8° de 1080 pages avec 165 figures où sont exposés avec méthode et clarté tous les problèmes multiples et complexes que soulève actuellement la sympathologie.

Le tubage duodénal dans le diagnostic. Thérapeutique des voies biliaires. — *M. R. Gaultier* présente les résultats du tubage duodénal, qu'il pratique depuis 14 ans, dans le diagnostic des affections du foie et du pancréas ; il le préconise comme moyen de traitement en montrant son emploi dans le drainage des voies biliaires infectées, nouvelle conquête de la thérapeutique médicale sur les traitements chirurgicaux.

Traitement de la paralysie générale. — *MM. Marie et Kohen* annoncent leurs résultats obtenus à Sainte-Anne par le bismuth associé à la leucopyréthérapie : 23 rémissions sur 40 paralysies générales ; excellents résultats dans le tabès, même très ancien, comme dans les autres formes de syphilis nerveuse.

Présentations de malades. — *M. Péraire* présente un premier malade réséqué du genou depuis 2 ans 1/2 pour une *tumeur blanche du genou*, parfaitement guérie le malade marchant sans canne et sans appareil : l'intervention a consisté en incision transversale de la rotule, encerclement rotulien, suture du tibia et du fémur, guérison sous un seul pansement enlevé au bout d'un mois ; et un second malade atteint de *gangrène gazeuse diabétique de la jambe* : amputation de cuisse sous anesthésie locale au nikétol, insuline, guérison.

Fibrome à diagnostic difficile. — *M. Dartigues* présente un fibrome enlevé par hystérectomie : une masse dans le Douglas, irrégulière, lobulée, donnait l'impression d'une dégénérescence sarcomateuse ou d'une tumeur de l'ovaire. Il insiste sur l'importance de l'hystérographie qu'il a été le premier à préconiser.

L'anergie hépatique. — *M. Bith* montre que la granulie complique souvent la cirrhose alcoolique chez les femmes jeunes. L'histoire clinique, les réactions biologiques, l'expérimentation sur les animaux semblent en faveur de l'anergie hépatique. L'importance des lésions cellulaires du foie semble jouer un rôle prédominant à l'origine de cette anergie, l'insuffisance hépatique diminuant la défense de l'organisme.

Pathogénie du diabète. — Pour *M. Leclercq*, tous les diabètes ne sont que des glycosuries d'alarme où l'organisme s'efforce de conjuguer en sucre pour mieux les éliminer tous les indésirables de l'économie. L'insuline guérit provisoirement les malades, mais le traitement vrai consiste à supprimer les causes, variables dans tous les cas de diabète.

Esthétique du sein. — *M. Peugniez* estime que la beauté d'un organe étant fonction de la parfaite adaptation de sa forme au rôle qui lui est dévolu, le sein, pour être beau, doit renfermer non pas de la graisse, mais des éléments fonctionnels, la fonction du sein étant de nourrir l'enfant. Il indique les signes qui manifestent la présence de ces éléments.

Sur l'acide acétylsalicylique. — *M. Legrand* fait l'historique de cet acide et donne la manière de le formuler. On évite ses inconvénients en l'associant à l'oxyde de magnésium.

H. Duclaux.

Diplôme d'Hygiène de l'Université de Lyon. — Les examens pour les Certificats et Diplôme d'Hygiène de Lyon ont donné les résultats suivants :

1° *Certificat de Microbiologie appliquée à l'Hygiène* : 27 candidats ont été reçus.

2° *Certificat d'Hygiène* : 21 candidats reçus.

3° *Diplôme d'Hygiène* : 16 candidats ont été reçus, dont voici les noms : MM. Monziols Julien, Despeignes, Le Bourdelles, avec la mention *très bien* : MM. Doubrow, Mme Bachmann avec la mention *bien* ; MM. Bolzinger, Couette, Lemaire, Broussolle Provost, Mlle Bergeret avec la mention *assez bien* ; Mlles Vadella Guigonnet, MM. Lour, El Adhari avec la mention *passable*.

© BIU Santé

VACCINS I. O. D.

Stérillsés et rendus atoxiques par l'Iode - Procédé RANQUE et SENEZ

Vaccin Anti-Staphylococcique I. O. D.
Traitement des affections dues au staphylocoque

Vaccin Pneumo-Strepto I. O. D.
Prévention et traitement des complications de la Grippe, des Fièvres éruptives, de la Pneumonie

Vaccins Anti-Typhoïdiques I. O. D.
Prévention et traitement de la F. Thyphoïde

Vaccin Anti-Streptococcique I. O. D.
Prévention de l'infection puerpérale, traitement des affections dues au streptocoque

Vaccins Polyvalents I. O. D.
Traitement des suppurations

VACCIN ANTI-MÉNINGOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-GONOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-MÉLITOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-DYSENTÉRIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-CHOLÉRIQUE I. O. D.

Pour Littérature et Échantillons :
Laboratoire Médical de Biologie
16, rue Dragon
MARSEILLE
R. C. Marseille 15.598-9

DÉPOSITAIRES :
Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris
HAMELIN, Pharmacien, 31, Rue Michelet, Alger.
J CAMBE, 10, rue d'Angleterre, Tunis.
BONNET, 20, rue de la Drôme, Casablanca, Maroc.

R.C. Seine 64264
DERMATOTHÉRAPIE
Janvrin pharmacien
TRAITEMENT des
ECZÉMAS (secs ou suintants), PSORIASIS, SEBORRHÉIDES, GALE
SYCOSIS, IMPÉTIGO, PRURITS, INTERTRIGO
BAUME DURET
FORMULE
Soufre dissous
Camphre
Goudron, Huile de Cade, etc.
Piot, Lemoine et Royer, 117, Rue Vieille du Temple, PARIS

ANTISEPTIQUES GRANULÉS
CHARBON FRAUDIN
E. FRAUDIN, PARIS-BOULOGNE
R.C. Seine 59516
GRANULÉ
NI CAUSTIQUE, NI TOXIQUE
GRANULÉ AU NAPHTOL
GRANULÉ SANS NAPHTOL
AFFECTIONS et INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

DIGIBAÏNE DEGLAUDE
6, Rue d'Assas, PARIS.
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
R. C. Seine 203.600

Affections des **Voies Respiratoires, Lymphatisme,** Maladies de la **Peau**
SIROP ET Granules CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX *au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON*
Succédané des Eaux Sulfureuses
ADULTES : Une cuillerée à bouche ou deux granules, 2 ou 3 fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après le repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates. (Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris, 7 Août 1877).

PARIS : 6, Rue Chanoinesse *et toutes Pharmacies.*

RHUMATISMES CHRONIQUES

Aucune impotence rebelle
ne résiste à des doses convenables

IODASEPTINE CORTIAL
Une à 4 ampoules par jour

R. C. 157.143
CORTIAL, 125, R. de Turenne

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Valeur thérapeutique des croisières marines.

On s'instruit chaque jour et je dois avouer à ma plus grande honte que je suis parti faire mon tour de Méditerranée en professant en mon for intérieur que notre confrère le Dr Lora et les Messageries Maritimes se donnaient bien du mal pour peu de chose.

J'accordais à la « Thalassothérapie » un peu du même dédain que je ne manquais pas d'attribuer, en sortant de la Faculté, à la « Crénothérapie ».

Pour moi les stations d'eaux minérales étaient des lieux de plaisir sous la surveillance de médecins hydropathes, gens aimables qui distribuaient l'eau pure au compte-gouttes.

Depuis j'ai changé d'avis, ayant appris par expérience quelle était l'immense valeur de nos eaux si saines et si riches en principes thérapeutiques. Mon opinion sur les hydropathes a changé aussi. Je n'en dirai pas plus pour ne pas froisser leur modestie.

La valeur de la Thalassothérapie vient de m'être révélée et je tiens à remercier les organisateurs de cette croisière méditerranéenne d'avoir, d'une manière si agréable, augmenté mon bagage thérapeutique d'un médicament si puissant et si actif.

Embarqué à Marseille le 11 mars à bord du luxueux *Pierre-Loti*, d'une propreté chirurgicale, sans une odeur désagréable, je suis parti heureux de fuir la fatigue des salles d'opérations surchauffées, la vie trépidante, les responsabilités, l'invidia toujours aussi pessima, ma cuisinière enfin qui me menaçait des pires calamités si je ne lui donnais pas sur-le-champ, une machine à laver la vaisselle. Aussitôt dépassé le château d'If, je commençai à goûter la douceur de vivre, sans tracas, loin du bruit et des soucis de la terre. Plus de téléphone, plus de lettres; sans doute il y a bien la T. S. F., mais heureusement pour les voyageurs qui veulent se reposer, elle est encore peu employée. Les journaux ne peuvent guère également rattraper le bateau, aussi dès le premier jour commence-t-on à ressentir une détente extraordinaire, un bien-être particulier, dus à l'ambiance du bateau, vie régulière, repas à heure fixe, long repos allongé sur le pont. On ne s'ennuie jamais à bord, un bateau quoique présentant une surface relativement restreinte, permet à chacun, selon ses goûts, de vivre isolé ou en compagnie. Les connaissances se font vite et facilement, on rencontre toujours des gens intéressants dont la conversation est amusante et instructive ; on évite facilement les raseurs, et le soir arrive avant qu'on ait eu le temps de goûter à son gré le charme du bord et d'admirer à loisir les couleurs incessamment changeantes de la mer ou les multiples feux d'un coucher de soleil derrière une des îles de la mer Egée.

Je ne parlerai pas ici de la beauté du voyage, de la splendeur des sites, de l'intensité de la couleur locale, des visions d'art qui émaillèrent cette cure. (*V. s. p.* 628).

TONIQUE REMINÉRALISATEUR SANS ALCOOL
EXTRAIT DE CÉRÉALES (VITAMINES) ADRIAN
ADULTES 4 Cuillerées à soupe par jour.
ENFANTS 4 — à dessert —
LIQUIDE ou GRANULÉ
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LYMPHATISME — ANÉMIE
MALADIES DE NUTRITION AIGUES OU CHRONIQUES
9, Rue de la Perle, PARIS.

PRODUITS ADRIAN
9
Rue de la Perle
PARIS
R. C. Seine 43 907

Comprimés à 0gr50 de
FORMINE-ADRIAN
SYNONYMES :
Héxaméthylène-Tétramine, Urotropine, etc.
le MEILLEUR ANTISEPTIQUE des VOIES URINAIRES, BILIAIRES et INTESTINALES
Produit créé dès 1894 dans les laboratoires de la Maison ADRIAN et Cie et depuis imité par les Allemands sous divers noms.
Voir : Formulaire des Nouveaux Remèdes 15e Edition, page 76.
Sté FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN et Cie, 9, rue de la Perle, Paris

TUBERCULOSE PULMONAIRE — EMPHYSEME — ECZEMA — PALUDISME
Traitement spécifique et abortif de la SYPHILIS
ARRHÉNAL ADRIAN
Gouttes dosées à 2 milligr.... 10 à 20 par jour (en deux fois).
Ampoules — 50 — .... 1 à 2 —
Granules — 1 centigr.. 1 à 3 —
9, rue de la Perle PARIS

SULFURINE BAIN SULFUREUX SANS ODEUR
LANGLEBERT
Hygiénique, Fortifiant, Antirhumatismal
Agent puissant contre l'Obésité.

SOUPLESSE et BEAUTE de la PEAU
Peut être pris chez soi, sans baignoire spéciale.
VENTE : *Dans toutes Pharmacies.* — Prix : 1 fr. 25.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES
En ampoules de 15 - 30 - 60 grammes.
CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie.
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

POUDRES DE BIFTECK ET DE VIANDE ADRIAN
Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nutrition et sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
En boîtes de 125, 250, 500 grammes et 1 kilogramme :
Flacon et 1/2 Flac. SUC DE VIANDE ADRIAN 9, rue Perle PARIS
Une cuillère à bouche équivaut à 125 grammes de viande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Symphyse cardiaque et cardiolyse (1895-1924)

Par Ed. DELORME,
de l'Académie de Médecine.

Depuis 1895, année où je décrivis, à l'Académie, la libération des adhérences cardo-péricardiques dans les cas de symphyses, la symphyse cardiaque et la cardiolyse ont fait, de ma part, l'objet de communications : à l'Académie de médecine, à la Société de Chirurgie, à la Société médicale des hôpitaux et, dans la *Gazette des hôpitaux* (1913), je leur ai consacré une longue étude que l'Académie des sciences a distinguée.

Les données de l'anatomie macroscopique, surtout, m'ont amené à considérer la cardiolyse comme indiquée dans les symphyses autres que celles produites par la tuberculose et à la conseiller surtout à une période rapprochée du début de l'infection. L'avenir que j'entrevoyais pour la libération non seulement des adhérences totales, mais pour celle des adhérences partielles et la délicatesse sans cesse invoquée du diagnostic, même de celui des premières, m'avaient incité à rappeler aux chirurgiens le bel ensemble des recherches radiologiques ; enfin, comme un opérateur qui, dans la région cardiaque, si diversifiée, peut être amené à engager un doigt libérateur, conscient, averti, prudent, par une ouverture péricardique qui ne saurait être trop étendue et que cet opérateur a besoin d'avoir, pour guide, une connaissance précise du siège et de l'étendue des saillies normales, des diverticules, des dépressions, de certains replis normaux, j'avais ouvert et écrit à l'amphithéâtre un chapitre d'anatomie topographique et je terminais par une description de l'acte opératoire. L'opérateur savait donc quand, où et comment il avait à intervenir.

Alors que dès son début, la péricardiolyse de Baüer, désossement pariétal partiel, était et reste toujours en faveur, sur la cardiolyse pesaient le doute et la critique. On en contestait le principe ; la récidive était fatale et c'était dans nos classiques que la condamnation était prononcée. « Quant à vouloir, à l'aide de procédés chirurgicaux, dit l'un d'eux, dont l'ouvrage était très répandu, cliver les feuillets du péricarde adhérents, on comprend, après ce qui a été dit plus haut, qu'une telle tentative soit un mirage aussi irréalisable dans la pratique qu'inutile et dangereux » (1). Après pareils verdicts, les futurs praticiens qui recevaient les leçons de ces maîtres n'avaient qu'à s'abstenir et l'attente a duré vingt-neuf ans.

M. le Dr Hallopeau, chirurgien des hôpitaux, vient de publier à la Société de Chirurgie et à la Société de Pédiatrie deux observations du plus haut intérêt qui prouvent, d'une façon éclatante, que la cardiolyse faite chez des symphysés à une époque assez rapprochée du début de la péricardite, comme je l'ai conseillé, peut donner des résultats qu'il n'hésite pas de qualifier d'admirables (2). Ces observations marqueront sans doute une ère nouvelle pour mon opération.

I. Son premier succès a été obtenu dans un cas de cardiolyse pratiquée pour une symphyse rhumatismale. L'opération n'avait pas été faite de parti pris ; il l'ignorait. Ce chirurgien allait à la recherche d'une collection qu'il ne trouva pas ; la libération du cœur amena un résultat inattendu.

Le jeune malade, âgé de 16 ans, était entré en août 1910 à l'hôpital Necker et, peu après, l'éminent clinicien qui le soignait diagnostiqua une péricardite avec épanchement, en raison de l'augmentation de la matité cardiaque.

Deux ponctions exploratrices n'amenant pas de liquide, il s'arrêta à l'idée d'un épanchement cloisonné.

Le malade très dyspnéique, dont le pouls bat 120 et la température est montée à 39° est évacué en chirurgie, aux fins de subir une péricardotomie.

M. Hallopeau, après une anesthésie locale, la pratique. Résection chondrale, incision du péricarde ; aucun liquide ne s'écoule. Bien plus, le cœur, dans sa partie découverte reste *immobile* et cependant l'opérateur est bien arrivé jusqu'à lui.

Toujours dans la pensée d'atteindre l'épanchement cloisonné il décolle prudemment toute la face antérieure du cœur ; il ne donne issue à aucune trace de liquide, mais il constate qu'*à mesure que le décollement se poursuit, les battements du cœur réapparaissent*.

N'ayant pas trouvé ce qu'il cherchait, il est déçu ; il pense, dit-il, avoir pratiqué « une opération inutile ». Le lendemain il est détrompé ; l'amélioration était considérable, le cœur bat bien, le pouls de 120 est descendu à 80, la température se rapprochait de la normale, la dyspnée avait disparu.

Trois semaines après, le malade quittait l'hôpital, en bon état, et, en en parlant à la Société de chirurgie, M. Hallopeau, soulignait le succès obtenu comme « vraiment merveilleux » (1).

II. Le deuxième opéré de M. Hallopeau est un enfant de 7 ans entré à l'hôpital Trousseau le 24 mars 1923, pour une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. A son arrivée à l'hôpital, on doit ouvrir d'urgence une vaste collection purulente fusant dans le creux poplité et trépaner le fémur qui fournit du pus. L'état général est grave. Autovaccin.

Quelques jours après, on constate du frottement péricardique ; le pouls est à 140, la température est élevée, les bruits du cœur assourdis, il y a de la dyspnée et le foie est augmenté de volume. Treize jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la radiographie donne comme image un élargissement considérable de l'ombre cardiaque. Une ponction sous-xyphoïdienne reste blanche et une ponction dans le 4e espace ne donne qu'une goutte de liquide.

Le 12 avril (19e jour), M. Hallopeau pratique une péricardotomie sous anesthésie locale d'abord, puis sous anesthésie à l'éther. Résection chondrale ; le cul-de-sac pleural est refoulé avec soin, grâce à la manœuvre que j'ai, avec le Pr Mignon, décrite.

Entre les lèvres de l'incision péricardique, le cœur reste immobile « parfaitement visible, il ne présente pas de battements ». M. Hallopeau poursuit le décollement de sa face antérieure ; quand le décollement est opéré, les batte-

(1) GALLAVARDIN. — Précis des maladies du cœur et de l'aorte. Paris 1908, p. 243.

(2) HALLOPEAU. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie* de Paris 1923, p. 208. « Cette opération a été très rarement exécutée depuis qu'elle a été proposée par Delorme ; le principe en avait du reste été vivement critiqué. Elle donne cependant d'admirables résultats. »

(1) HALLOPEAU. — Un cas de cardiolyse. *Bulletins* et *Mémoires* de la Société Nationale de chirurgie 1921, t. 47, p. 1120. Même recueil 1923, t. 49, p. 920.

HALLOPEAU. — Cardiolyse pour symphyse cardiaque au cours d'une ostéomyélite. *Bulletins* de la Société de Pédiatrie, séance du 19 juin 1923, t. 21, p. 206 et suivantes, 2 fig. Discussion à la Société de Chirurgie, 13 juin 1923.

© BIU Santé

ments réapparaissent ; le cœur présente sa mobilité normale. Suture péricardique et cutanée.

L'amélioration, quant aux battements du cœur est immédiate puis le pouls, la température, baissent progressivement (P. de 120, 130 à 90) chez ce petit blessé infecté, suppurant toujours, soumis au traitement par l'auto-vaccin ; le foie diminue progressivement de volume. En huit jours, il est redevenu normal.

Une radiographie faite le 19 mai montre la diminution obtenue de l'ombre cardiaque ; sur une autre du 19 juin, la diminution est encore plus accentuée. Le Dr Lesné, médecin des hôpitaux, qui examine l'enfant en juin, constate que « les bruits du cœur sont parfaitement normaux sans que rien pût faire croire à de nouvelles adhérences. »

Le malade a été présenté à la Société de pédiatrie à la séance du 19 juin.

Telles sont les observations de M. Hallopeau auxquelles on peut appliquer l'adage : *Non numerandæ observationes sed pendendæ*. Je crois devoir les faire suivre de quelques remarques :

1° *Questions d'opportunité.* a) *Quant au moment de l'intervention.* Précoce, l'opération a facilité la tâche du chirurgien ; elle a augmenté ses chances de succès. Ces cas affirment la justesse du conseil que j'ai donné : agir à une époque rapprochée du début.

b) *Quant à la catégorie étiologique de la symphyse.* On a dit les symphyses rhumatismales indécollables. Cette affirmation absolue a été contredite par l'opération de M. Hallopeau ; elle l'était déjà, en outre, par la classique observation de Jaccoud. Le temps entre ici en jeu.

c) *Opportunité quant au choix du mode opératoire.* La cardiolyse était ici seule utilisable ; elle était le complément de la péricardotomie. D'ailleurs, les opérations pariétales n'auraient pu rendre à la paroi cardiaque immobile sa mobilité fonctionnelle ; le désossement partiel suivi de la section péricardique n'avait pu, dans la sphère decouverte, la lui restituer.

2° L'opération fut facile, non schokante ; sur un opéré, l'anesthésie locale a suffi ; le traumatisme chirurgical a été réduit. Je conseille de préférer l'excision de deux cartilages à celle d'un seul.

Dans des cas relativement récents et dans des formes très infectieuses, l'ouverture de la plèvre, fréquente autrefois au cours de la péricardotomie est à éviter à tout prix. Nous avons donné le moyen d'en éviter l'écueil. en recommandant de refouler le bord pleural, en le laissant caché sous le triangulaire sternal désinséré (Delorme-Mignon). C'est la précaution que M. Hallopeau a prise.

3° Qui, en lisant les observations de M. Hallopeau, pourrait ne pas être impressionné par ce qu'il nous dit et souligne du *résultat immédiat* de ses cardiolyses. Dans chacune d'elles, à travers l'incision du péricarde, le cœur symphysé est *immobile*. Dégagé de ses adhérences, *il reprend sa mobilité.*

On a, on le sait, contesté plusieurs fois, l'action pernicieuse de la symphyse sur le cœur. Pourrait-on le faire aujourd'hui ?

L'immobilité du cœur constatée au cours de la première opération était de nature à surprendre un opérateur non averti. A sa deuxième opération, M. Hallopeau passa outre. Il y aura lieu d'imiter sa conduite.

4° La constatation *de visu* et de façon si évidente, chez les opérés de M. Hallopeau, de la perte temporaire des contractions cardiaques dans la région où la musculature est adhérente, incite à demander à la physiologie pathologique de nous éclairer sur le mode de *fonctionnement de circonstance* que l'organe a à subir.

Au médecin, comme au chirurgien, cette constatation apporte un argument de plus en faveur de la cardiolyse dans les cas de symphyse étendue avec dilatation cardiaque, la dilatation compromettant un fonctionnement compensateur, *de secours*, de la musculature non symphysée. L'observation de Jaccoud doit là hanter l'esprit et c'est l'occasion de se rappeler que, chez les malades, l'opération de Braüer ne donne pas de résultats encourageants.

5° La persistance du résultat primitif chez le dernier malade de M. Hallopeau, étudié à fond à la radiologie et cliniquement par un médecin spécialisé, ne saurait trop retenir l'attention, d'autant que cette persistance a été constatée alors que l'opération avait été précoce. La reproduction des adhérences était la principale objection faite à ma méthode. L'épreuve a répondu et M. Hallopeau n'hésite pas à conclure qu'on peut considérer « *les résultats de la cardiolyse comme durables* » (1).

A titre de CONCLUSION je dirai :

L'ostracisme qui a si longtemps pesé sur la cardiolyse doit cesser. Cette opération mérite de prendre la première place dans la thérapeutique chirurgicale de la symphyse cardiaque.

La libération du cœur d'adhérences étendues donne un résultat immédiat remarquable et un résultat définitif persistant.

Le cœur symphysé reprend, grâce à elle, un fonctionnement intégral.

L'opération conduite par un chirurgien de carrière est simple, facile, non traumatisante. Elle peut se pratiquer avec l'anesthésie locale.

On doit y recourir à une période rapprochée du début dans les péricardites consécutives aux infections communes.

Elle constitue le complément de la péricardotomie dans les péricardites suppurées.

On ne doit pas hésiter à recourir à la cardiolyse dans les cas de symphyses avec dilatation du cœur.

Si c'est à une période rapprochée du début qu'elle ménage les succès les plus faciles et les plus nombreux, l'anatomie pathologique a montré qu'elle était très souvent réalisable à une période éloignée.

Étude clinique des méningites syphilitiques (2)

Les formes latentes, frustes et aiguës,

Par E. SCHULMANN. et E. TERRIS.

La ponction lombaire apparaît aujourd'hui de toute évidence comme apportant un élément capital pour l'appréciation clinique de la syphilis méningée. C'est depuis l'étude systématique des données fournies par ce mode d'investigation que sont connues, à côté des réactions méningées objectivement décelables par des symptômes indiscutables, les réactions frustes et latentes. Ces deux types se rencontrent avec une grande fréquence dans la pratique journalière et leur notion est de toute importance en vue du pronostic à porter et de la thérapeutique à mettre en action.

A côté donc des méningites aiguës nous décrirons :

1° *Les méningites latentes*, qui ne sont décelées par aucun signe clinique et que seule révèle la ponction lombaire ;

(1) Souligné dans le mémoire cité.
(2) Voir le *Progrès Médical* du 3 mai 1924.

© BIU Santé

2° *Les méningites frustes* où n'apparaissent que de légers signes d'irritation méningée et où la ponction lombaire confirme le diagnosite.

I. — Les méningites latentes.

La méningite latente a été décrite pour la première fois par Widal, par Milian, Crouzon et Paris, par Ravaut, les cas princeps sont réunis dans la thèse de Mantoux, c'est une des constatations les plus importantes qu'ait fourni la ponction lombaire.

En clinique cette pie-mérite se caractérise par un seul et unique symptôme, la leucocytose du liquide céphalo-rachidien à forme lymphocytaire. Cette lymphocytose est d'ailleurs variable en valeur, tantôt discrète et même discutable tant elle se rapproche du chiffre normal de 1 à 2 éléments par champ à la cellule de Nageotte-Lévy-Valensi, tantôt elle atteint un taux considérable dépassant 100 éléments et allant même très exceptionnellement au-delà, plus habituellement la lymphocytose oscille entre 10 et 30 cellules.

Il n'est guère possible, ainsi que nous allons le voir plus loin, de tirer des conclusions quelconques du taux de la lymphocytose rachidienne pour le pronostic ultérieur des méningites latentes. Parallèlement à cette réaction cytologique, le liquide est parfois un peu hypertendu, apprécié à l'appareil de Claude et surtout il existe un certain degré d'hyperalbuminose. L'albuminimètre accuse un taux allant de 0 gr. 40 à à 1 gr., très exceptionnellement un chiffre plus élevé. Dans des cas rares de méningite syphilitique latente, il existe la dissociation albumino-cytologique de Sicard et Ch. Foix, le diagnostic peut de ce fait devenir très délicat avec un syndrome de compression médullaire. Peut-on accorder une signification à cette dissociation ? Pour certains auteurs elle traduirait une réaction méningée à son début ; pour d'autres, la fin d'une poussée méningée discrète ; pour d'autres enfin, une pachyméningite rapprochant ces formes latentes des méningites chroniques. Nous verrons d'ailleurs que le traitement a une action plus favorable sur la courbe des lymphocytes que sur celle de l'hyperalbuminose, qui parfois peut persister longtemps.

Les méningites latentes, que nous venons de définir, se rencontrent aux différentes périodes de la syphilis, nous les décrirons, et discuterons ensuite la question capitale de savoir si une atteinte précoce des méninges est à la base d'accidents plus graves de syphilis cérébrale.

a) *Méningites primaires* : Les méningites primaires (chancre + période sérologique isolée) sont relativement rares, elles coïncident avec la phase dite septicémique de la syphilis, c'est-à-dire habituellement de 20 à 25 jours après le début du chancre. On les a cependant vues apparaître encore plus précocement sous forme de *méningite parachancriforme* (cas de Nicolas où la réaction de Wassermann fut trouvée positive dans le liquide rachidien au 15e jour de l'affection). Cette réaction méningée, comme nous le verrons plus loin, est absolument indépendante de la réaction sérologique du sang. Quelquefois les modifications liquidiennes se manifestent un mois seulement après l'accident initial, 2 à 3 semaines avant l'éclosion de la roséole : c'est la *méningite préroséolique* étudiée par Audry et Lavau. L'apparente rareté de ces faits apporte une réelle difficulté à leur étude et à leur explication pathogénique et évolutive. Pour beaucoup d'auteurs, cette première et très précoce irritation pie-mérienne, apparue avant même qu'il y ait eu une septicémie sérologiquement sinon cliniquement décelable, fait présager une localisation grave sur les centres cérébro-méningés et assombrit ainsi singulièrement le pronostic ultérieur de la syphilis.

b) *Méningites secondaires* : Les méningites secondaires (période sérologique + roséole), qui correspondent à l'invasion septicémique, s'observent avec une grande fréquence. Les examens en série, pratiqués par de nombreux syphiligraphes et notamment par le Pr Jeanselme et ses élèves, au cours de la période secondare, montrent en dehors de tout signe clinique de localisation méningée un pourcentage atteignant parfois le chiffre impressionnant de deux cas sur trois. Comme les réactions préroséoliques, ces méningites latentes secondaires se caractérisent par l'un quelconque des signes suivants : lymphocytose variable, hyperalbuminose non constante, quelquefois dissociation albumino-cytologique, réaction de Wassermann toujours positive et réaction du benjoin colloïdal inconstante. Souvent, pour Ravaut, le degré de la lymphocytose est parallèle à l'intensité des phénomènes cutanés, ce sont les malades atteints de syphilides pigmentaire, ou de syphilides papuleuses vraies qui présentent les plus grosses réactions, pouvant aller parfois jusqu'à troubler le liquide, alors que chez les syphilitiques uniquement porteurs de roséole, de plaques muqueuses ou cutanées, le liquide céphalo-rachidien est habituellement normal. Dans une statistique de cet auteur, sur 34 malades sans accidents ou bien atteints de roséole et de plaques muqueuses, 3 seulement présentèrent des réactions nettes du côté du système nerveux, alors que sur 36 atteints de syphilides pigmentaires ou papuleuses, 26 ont accusé une réaction évidente.

Le plus souvent ces méningites sont passagères : elles rétrocèdent soit sous l'action d'une thérapeutique intensive, soit peut-être sous l'action progressivement immunisante de cette syphilis latente. Elles évoluent quelquefois sous forme de poussées intermittentes, fugaces, se répétant à des intervalles plus ou moins rapprochés, elles sont enfin très souvent symptomatiques de formes plus longues, continues et chroniques, préludes d'accidents plus graves, avant-coureurs peut-être de la paralysie générale et du tabes, et de ce fait elles exigent une thérapeutique sans faiblesse.

Un certain nombre de syphilitiques échappent, à cette période, à une réaction méningée. Faut-il parler dans ces cas d'immunité spéciale ou localisée ou ne voir là que des formes plus spéciales, moins diffuses, qui n'envahissent pas tout l'organisme ? Il semble que ces méningites latentes se voient en particulier dans les cas d'accidents primitifs céphaliques (amygdales, lèvre, langue, menton) ou dans certaines efflorescences cutanéo-muqueuses à prédominance cervico-faciale, c'est là une notion sur laquelle insiste beaucoup le Pr Jeanselme. Ces méningites latentes au cours de syphilis dites « *remontées* » relèvent peut-être d'un certain degré d'immunité régionale au cours de syphilis hypovirulentes.

Les formes latentes se retrouvent encore au cours de certaines syphilis cutanéo-muqueuses rebelles, tenaces, où la virulence particulière du tréponème semble à la base même de la septicémie : inversement la *syphilis maligne précoce*, où la roséole est remplacée, comme on sait, par des gommes multiples et disséminées, ne semble s'accompagner qu'exceptionnellement de lymphocytose rachidienne, ainsi que l'a justement montré Milian.

c) *Méningites tardives* : Les méningites latentes tardives sont beaucoup plus exceptionnelles. Elles peuvent être consécutives à une méningite latente prolongée de la période secondaire, il existe alors ce que Dupré a pu appeler une sorte de *méningisme latent*, elles peuvent encore être le reliquat d'une forme aiguë ou subaiguë. Il est rare de rencontrer ces formes au cours de la période tertiaire, ainsi que l'ont fait remarquer dès le début des investigations rachidiennes le professeur Widal, Ravaut, Milian, Funke, et cette observation a été confirmée depuis qu'il est fait systématiquement des ponctions lombaires dans certains services au bout d'un temps d'évolution donné de la syphilis 4 ans, 5 ans, 10 ans. Ces méningites apparaissent à cette époque de la maladie avec le même syndrome humoral que nous avons précédemment décrit, seules, les réactions sérologiques peuvent apporter quelques variantes. La réaction de Wassermann du liquide est presque toujours positive, sans qu'il y ait un parallélisme avec celle du sang et la réaction du benjoin colloïdal a une tendance à devenir de plus en plus constamment positive. Comment interpréter ces faits ? Marquent-ils, comme le veut Clovis Vincent, une étape de plus vers une irritation méningée chronique et prolongée de la période secondaire ? Nous verrons qu'on peut encore supposer une atteinte du parenchyme cérébral sous-jacent, l'évolution fréquente vers une P. G. ou un tabes viendrait confirmer cette hypothèse.

Une autre remarque est encore à faire ici : la très grande rareté des réactions méningées tertiaires chez les sujets

© BIU Santé

atteints d'accidents cutanéo-muqueux. On a voulu soulever ici la possibilité d'une dualité des virus tréponémiques en montrant l'affinité du virus dit neurotrope pour le parenchyme cérébral. Néanmoins il n'y aurait pas là, en admettant la réalité de cette hypothèse, ce qui n'est rien moins que prouvé, un argument de valeur absolue. Les méninges en effet peuvent être lésées par l'intermédiaire des artères, une méningo-vascularite, très longtemps compensée, évolue tardivement vers de petits foyers d'hémorragies très localisés, suivis souvent de foyers de ramollissement. C'est la *forme latente mixte cérébro-méningée*.

Il faut enfin signaler une exception fréquente à l'intégrité habituelle du liquide céphalo-rachidien en période tertiaire, c'est au cas de gommes et de perforations du voile du palais (Widal, Ravaut, Milian) ; ceci serait à rapprocher des réactions méningées observées si souvent dans les accidents primaires cervico-faciaux, ainsi que l'a montré Jeanselme. Sicard et Touchard, d'autre part, ont rapporté deux cas de lymphocytose au cours de syphilides zoniformes tertiaires.

Pathogénie des méningites latentes.

Quelle importance pratique convient-il d'attacher à ces méningites latentes ? De nombreux travaux ont essayé de trouver la solution de continuité entre les méningites latentes et les accidents cliniques ultérieurs. On sait la théorie pathogénique du tabes de Nageotte qui repose sur la notion d'une névrite radiculaire transverse liée à une syphilose généralisée des méninges. Pour Clovis Vincent, tout accident nerveux spécifique est précédé d'un épisode méningé et conditionné par lui : les méningites latentes pouvant se traduire par une atteinte soit des méninges seules, soit des artères cérébrales (méningo-vascularite), soit du parenchyme encéphalique lui-même (méningo-encéphalite). Milian lui aussi attache une grande importance à ces formes latentes pour l'évolution ultérieure possible d'un malade vers le tabes ou la P.G.

Diverses éventualités d'appréciation sont, à vrai dire, à distinguer : dans certains cas la syphilis est nettement démontrée dans la genèse de la méningite : réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, états généralement très curables, surtout à la période secondaire et qui sont le triomphe de la plupart des agents curateurs et peut-être plus particulièrement du bismuth. Il y a parfois dissociation sérologique, réaction de Wassermann positive dans le sang mais négative dans le liquide ou inversement : il y a là souvent l'indication d'une forme tenace qui demande une thérapeutique particulièrement énergique. Exceptionnellement les réactions de déviation du complément sont toutes négatives, malgré une lymphocytose nette, il ne faut pas, semble-t-il, rejeter d'emblée la notion de syphilis, mais faire de sérieuses réserves. D'ailleurs, pour Sézary, aucun caractère ne prouverait actuellement la nature syphilitique réelle des méningites latentes des syphilitiques. Chez un sujet mort au cours de la période secondaire et présentant des lésions méningées diffuses, cet auteur a cherché en vain le tréponème sur de nombreuses coupes de méninges imprégnées à l'argent et il arrive à cette conclusion du plus haut intérêt que le parasite se localise primitivement non dans les méninges mais dans les centres nerveux où il est amené par la circulation générale. La méningite serait ainsi une réaction banale de la séreuse au voisinage des foyers de pullulation du spirille et de tissus sclérosés et dégénérés. Sézary compare ce processus à celui observé dans la plèvre au voisinage de foyers d'alvéolite corticale même aseptique, dans le péritoine au voisinage des viscères abdominaux infectés ou dégénérés. En somme, selon cette conception, la méningite symptomatique que révèle la ponction lombaire chez le syphilitique est le témoin et non la cause des lésions nerveuses parenchymateuses qu'elle accompagne, elle n'est donc point, comme on l'a dit, l'ancêtre commun de tous les accidents et ainsi ne mérite pas d'être la préoccupation de certaines méthodes thérapeutiques qui ont tenté d'agir directement par la voie intra-rachidienne.

II. — Les méningites frustes.

La réaction méningée peut franchir la limite d'une simple altération du liquide rachidien et se traduire par un ou plusieurs signes cliniques réduits d'ailleurs à leur minimum. Il y a là une juxtaposition d'éléments sérologiques et symptomatiques qui peut prendre une valeur de premier ordre, réalisant les formes frustes des méningites syphilitiques, signalées pour la première fois par Milian, Crouzon et Paris (1902).

a) *A la période présérologique*, il n'existe, à vrai dire, en dehors des modifications du liquide, guère de signes pouvant traduire cliniquement l'existence d'une réaction méningée.

b) *A la période sérologique*, avant l'apparition des accidents secondaires, on peut noter certains symptômes des plus importants, qui sont surtout fréquentes *au cours du secondarisme*.

La céphalée, à maximum vespéral ou nocturne, disparaissant ou s'atténuant le jour, généralement modérée et non violente, n'arrachant pas des cris comme certaines algies tertiaires, ou par artérite, nullement calmée par les antinervins habituels, mais pouvant guérir spontanément. De type variable en bande, en casque, elle prend parfois l'apparence de la céphalée neurasthénique, pour Thibierge et Ravaut, survenant le matin, disparaissant lorsque le sujet a des occupations, variable dans son siège. Le traitement a de toute manière une action remarquablement rapide sur la guérison de la douleur.

Il y a en plus quelquefois de l'*insomnie avec ou sans agitation nocturne* : les malades le soir ne peuvent s'endormir ou bien ils se réveillent au milieu de la nuit pour plusieurs heures. Ils ne peuvent, écrit Milian, trouver une position convenable, ils se tournent et se retournent dans leur lit, allongent les jambes, les retirent, ils ne peuvent fermer l'œil bien que pourtant aucune raison majeure ne les tienne éveillés. Dans le jour, ajoute Milian, ils sont excités, loquaces, parfois aussi très asthéniques.

Il peut se joindre à ces différents éléments subjectifs des signes somatiques qui prennent une grande valeur.

Inégalité des pupilles (anisocorie) ;

Parésie du réflexe lumineux avec conservation complète du réflexe accommodateur, parfois la pupille, après avoir diminué de volume sous l'influence de la lumière, se redilate aussitôt.

Exagération des réflexes.

Dans des cas rares, très précocement apparaissent de véritables complications nerveuses : une *paralysie faciale* (Thibierge et Ravaut), une névrite optique (De Lapersonne, Opin et Lesourd).

c) *A la période tertiaire* les méningites frustes sont beaucoup moins fréquentes mais beaucoup plus graves.

Le signe capital est la céphalée qui est violente, atroce, siège aux tempes, au front, plus rarement à l'occiput, empêche tout sommeil, anéantit le malade qui a l'impression que sa tête va éclater ou encore de recevoir de violents coups de marteau. Pour Milian, cette variété clinique correspond à la *forme céphalalgique* de la syphilis cérébrale de Fournier. « C'est bien là, dit cet auteur, ce mal de tête atroce, épouvantable, qui crée une véritable scène d'angoisse comparable aux derniers instants de l'accouchement, ou bien aux crises des coliques hépatiques ou néphrétiques dans leurs paroxysmes les plus aigus. »

Dans le jour, le *vertige* peut remplacer le mal de tête, surtout lorsque le sujet se baisse, tel le cocher, dont Milian raconte l'histoire, qui tombait dans le coffre de sa voiture chaque fois qu'il voulait y prendre quelque chose.

Il existe aussi dans certains cas du *délire*, un *amoindrissement de la mémoire* et même le tableau méningé peut se compléter par l'apparition de *nausées*, de *vomissements*, de *constipation*, parfois même d'*exagération des réflexes* avec ou sans *trépidation épileptoïde*.

Le *pronostic* de ces réactions méningées frustes est très variable : les accidents de la période initiale de la syphilis sont bénins, curables, sans évolution ultérieure ; au contraire, les accidents de la période tardive sont graves, incurables parfois, et prélude d'une transformation ultérieure chronique vers des altérations plus profondes médullo ou cérébro-méningées.

Nous avons déjà parlé des transitions possibles entre le

© BIU Santé

chancre d'inoculation avec sa phase septicémique et les phases organisées de la syphilis tardive, : tabes et paralysie générale. Répétons qu'il faut être réservé dans la conception de ce schéma évolutif.

Pour Sicard, la syphilis nerveuse serait primitivement artérielle avec méningite concomitante et lésion parenchymateuse secondaire ; si cet apport par les vaisseaux se fait d'une façon brutale, il crée une méningo-vascularite aiguë ou subaiguë généralisée avec peu de signes cliniques, ce qui correspond aux formes latentes. Si l'apport est faible, on peut ne voir apparaître qu'un processus encéphalitique ou médullaire.

Pour Ravaut la réaction méningée serait toujours primitive.

Pour Sézary la méningite, nous l'avons dit, est non le premier temps des lésions ultérieures du tabes ou de la paralysie générale, mais en réalité le témoin de l'infection profonde des centres médullaires ou corticaux en voie d'organisation plus ou moins avancée.

III. — Les méningites aiguës.

Assez peu fréquentes les méningites aiguës sont cependant connues de longue date, une observation de Vidal de Cassis de 1859, une autre de Bouchard et Cornil de 1879, sont tout à fait caractéristiques, cependant cette opinion était loin d'être admise et il a fallu pour cela, Fournier n'ayant guère voulu prendre parti, attendre la période biologique ouverte par la ponction lombaire. En 1902, Widal et Le Sourd apportaient à la Société médicale une observation de méningite syphilitique aiguë, accompagnée pour la première fois d'un examen cytologique évident et de considérations thérapeutiques éloquentes.

Il est aujourd'hui hors de doute que c'est à la vérole que doivent être rapportés bon nombre de cas de pie-mérites cérébro-spinales et aussi d'accidents tuberculeux, principalement chez des enfants et des nourrissons. On peut décrire avec Milian à la méningite aiguë syphilitique schématiquement trois formes.

1° La méningite aiguë de la période secondaire, forme de beaucoup la plus typique ;

2° La méningite aiguë de la période tertiaire qui est rare ;

3° La méningite aiguë de l'hérédo-syphilis, qui soulève des discussions pathogéniques très intéressantes.

I. La méningite aigue secondaire.

Le type le plus souvent rencontré est la méningite aiguë diffuse, qui s'observe en général dans les premiers mois qui suivent la contamination, du 25e au 40e jour après le chancre ; elle peut parfois précéder la roséole (forme préroséolique de Boidin), elle coexiste le plus souvent avec les accidents cutanés. Sa fréquence est à peu près égale chez l'homme et chez la femme.

L'évolution symptomatique est assez capricieuse et ne présente pas l'allure clinique, régulière, de la pie-mérite tuberculeuse de l'enfance. Cette méningite apparaît parfois chez des malades ayant eu un chancre céphalique, ou une syphilis cutanée à forme surtout pigmentaire, intéressant la région cervicale et thoracique supérieure « syphilis dite remontée » (Jeanselme). Le revêtement cutané est en effet souvent peu touché chez ces sujets : syphilides pigmentaires, vitiligo, plaques dyschromiques, etc. Certaines conditions organiques paraissent favoriser cette localisation méningée : le surmenage physique ou intellectuel, la fatigue, les états mélancoliques dépressifs, la misère physiologique. Enfin pour certains auteurs, cette localisation méningée serait due à la nature même du tréponème infectant (virus neurotrope, virus de Francfort), hypothèse qui semble être confirmée par la rareté des réactions méningées dans les syphilis florides ou malignes précoces.

Dans les antécédents des malades on retrouve parfois des signes précurseurs : une céphalée tenace, de l'insomnie, un amaigrissement inquiétant, une large alopécie en clairière, une asthénie extrême qui parfois peut confiner le malade au lit, de la rachialgie, de la paresse intellectuelle.

Le début est le plus souvent ainsi progressif et la phase prodromique peut être très variable de quelques jours à plusieurs mois. Mais dès cette période le diagnostic peut très aisément s'orienter vers l'hypothèse d'une pie-mérite spécifique que rapidement confirment le résultat de la rachicentèse et les effets favorables d'un traitement intensif.

Exceptionnellement le début est brusque : tout à coup apparaissent chez un syphilitique avéré ou ignoré des signes d'irritation méningée marqués : céphalée intense, vomissements, somnolence, raideur de la nuque, ébauche de signe de Kernig et même paralysie oculaire précoce ; en quelques heures est constitué un tableau indiscutable de syndrome méningé.

A la période d'état souvent l'aspect symptomatique fait penser à une méningite tuberculeuse où les signes essentiels ne seraient qu'ébauchés et peu accusés. Il est tout à fait rare de rencontrer le trépied classique et un caractère fréquent de la méningite syphilitique est de se manifester par un petit nombre de signes et parfois même d'être monosymptomatique.

La *contracture* peut apparaître sous trois formes d'inégale importance :

a) *La raideur de la nuque* toujours beaucoup moins accusée que dans la méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale, généralement incomplète : le malade souvent supporte très bien les mouvements provoqués mais est très gêné dans les mouvements spontanés. La durée de cette contracture est très variable, tantôt rapidement améliorée par la médication, tantôt tardive d'apparition, elle est plus rebelle.

b) *Le signe de Kernig* est beaucoup plus fréquent d'intensité et d'évolution très diverses.

c) On a enfin signalé la contracture des muscles de la paroi abdominale qui donne le *ventre en bateau*.

Les *réflexes* sont tantôt diminués ou même abolis (Boidin et M.-P. Weill), ou bien exagérés avec des signes de spasmodicité (Laubry, Miriel). Le *signe de Babinski* est signalé, surtout lorsqu'il existe un reliquat hémiplégique, qui d'ailleurs persiste après la pie-mérite

Les *sphincters* sont exceptionnellement touchés.

On a décrit des *phénomènes convulsifs*, exceptionnels, surtout chez les jeunes enfants.

Il existe plus souvent des *parésies* que des *paralysies vraies*, souvent éphémères, apparaissant dans le domaine des nerfs crâniens sous forme de paralysie faciale et surtout de *paralysie oculaire*. Le nerf moteur oculaire commun est touché. il y a alors strabisme, diplopie, ptosis isolé.

Les *pupilles* peuvent être inégales, en mydriase ou en myosis, et souvent paresseuses, l'examen ophtalmoscopique montre souvent une papille de stase, à bords peu nets, ce qui ne se voit jamais dans l'infection bacillaire.

Les *troubles de la sensibilité* sont rares, il existe parfois de l'*hyperesthésie douloureuse*, de la rachialgie et *surtout de la céphalée*, dont nous avons déjà longuement parlé.

Il peut y avoir des *troubles intellectuels*, de l'excitation ou au contraire une tendance dépressive ; il existe plus volontiers un certain degré de stupeur (Sicard et Roussy). Le *délire* a été de même signalé, tranquille, calme, discontinu, rarement désordonné.

La *raie méningitique* peut être observée.

Les *symptômes digestifs* sont très inconstants : *vomissements* qui peuvent survenir sans effort, habituellement tardifs, quelquefois précoces, prodromiques.

Le *pouls* peut être ralenti mais reste toujours régulier, n'a jamais l'instabilité rencontrée au cours de la pie-mérite bacillaire ; de même la *respiration* est régulière et non précipitée.

La *fièvre* n'est pas exceptionnelle, elle peut atteindre 39° et 40° (Brissaud et Brécy, Galliard et d'Œlsnitz).

Presque tous les symptômes méningés peuvent ainsi s'inscrire dans le tableau de la méningite syphilitique, leur association est des plus variable et l'allure clinique n'apparaît nullement comme univoque. Le caractère le plus remarquable sur lequel insiste à juste titre Miriel est la *symptomatologie restreinte*. Tous les éléments fondamentaux habituels peuvent s'observer mais à la fois atténués et en ordre dispersé.

Néanmoins le diagnostic chez l'adulte pourra dans bien des cas être très hésitant avec une dissémination bacillaire, qui peut, elle aussi, être longtemps avare de symptômes. La recherche de la réaction de Wassermann dans le sang et surtout

© BIU Santé

l'examen du liquide céphalo-rachidien apporteront un critère définitif. La cytologie pourra d'ailleurs donner des formules très différentes : lymphocytose pure, association de lymphocytes et de polynucléaires, polynucléose franche, d'apparence aseptique, quelquefois même d'aspect puriforme. La réaction liquidienne de Wassermann est bien entendu positive en règle générale, de même la réaction du benjoin colloïdal.

Il est de toute nécessité chez ces malades de rechercher les stigmates d'une syphilis en cours : cicatrice d'un chancre génital, syphilides cutanéo-muqueuses, syphilides pigmentaires, alopécie, altération des phanères, troubles pupillaires. Dans le doute il faut recourir à l'épreuve du traitement toujours efficace sur la céphalée et les troubles sensitifs, mais d'une action plus tardive et plus discutable sur les paralysies.

L'évolution de cette forme est presque toujours favorable ; la guérison est hâtée par les traitements arsénobenzolique hydrargyrique ou bismuthique, associés ou non.

D'autres signes traduisent parfois l'extension de la méningite à la région bulbaire ou bulbo-médullaire : hyperthermie, troubles respiratoires, irrégularité du pouls, bradycardie, et le malade peut mourir dans le coma (cas de Fahr). L'évolution n'est pas toujours aussi cyclique, peut présenter quelquefois certaine irrégularité, des intermittences, des périodes de rémission. Ces poussées successives de méningite peuvent évoluer vers la guérison complète, mais il ne faut pas perdre de vue que dans ces cas la lepto-méningite s'organise quelquefois et détermine une pachyméningite beaucoup plus rebelle au traitement.

Pour quelle part la méningite aiguë entre-t-elle dans l'organisation des séquelles tardives ? C'est là un problème pathogénique des plus difficiles à résoudre, nous en avons déjà touché un mot à propos des formes latentes, nous y reviendrons lors des formes chroniques. Il apparaît comme évident qu'une irritation aiguë des méninges puisse être un prélude certain de lésion soit du parenchyme sous-jacent (tabes et P.G.) soit des parois vasculaires (artérite). Mais, si, réciproquement, on admet et beaucoup d'arguments plaident en faveur de cette thèse, que c'est le parenchyme sous-jacent qui est le premier touché et que la réaction de la séreuse que nous suivons n'est qu'un témoin éloquent d'une irritation plus profonde, le problème implique une conclusion toute différente.

Les formes cliniques.

Elles sont nombreuses et variées en raison du polymorphisme symptomatique sur lequel nous avons insisté.

a) Selon l'*évolution*, nous avons étudié les types *latentes* et *frustes*. On a signalé des cas où il y a grande amélioration thérapeutique mais où persistent des reliquats, une lymphocytose qui ne veut pas s'éteindre ; il y a aussi une forme *subaiguë* qui peut servir de transition avec les formes chroniques que nous verrons plus loin. D'autres fois les poussées successives correspondent à l'éclosion de nouvelles manifestations cutanées, il y a une véritable *méningite aiguë à répétition*.

Forme suraiguë qui revêt l'allure clinique de la méningite cérébro-spinale avec sa brusquerie et ses signes éclatants et qui relèverait, pour certains auteurs, d'une association microbienne (méningocoques, pneumocoques), le tréponème constituant le point d'appel.

Forme aiguë larvée : il y a sur un fond de méningite chronique des poussées aiguës habituellement de coute durée.

b) *Formes selon la localisation*. La *forme de la convexité* après un début banal se manifeste par des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne. Les convulsions sont ou non précédées d'aura. Il existe deux types, forme circonscrite ou monoplégique, plus fréquente au membre supérieur qu'au membre inférieur ; forme hémiplégique qui débute par le bras, gagne la jambe puis la face. La méningite de la convexité peut encore s'accompagner de paralysies corticales, qui sont généralement incomplètes, avec exagération des réflexes du côté atteint, légère contracture. On observe particulièrement la paralysie du facial inférieur.

La *forme basilaire* peut débuter selon des modes très divers : céphalée, crise épileptique, ictus congestif, mais c'est surtout l'aboutissant de toute méningite spécifique livrée àelle-même. La paralysie des nerfs crâniens, et au premier rang de la sixième paire, est sa signature, « les paralysies du moteur oculaire, écrit Sicard, sentent la vérole ». Il s'agit d'ailleurs souvent d'une parésie plus que d'une paralysie, les malades se plaignent simplement de voir double. Mais les lésions peuvent être beaucoup plus importantes : paralysie des paires III, VI, VII, VIII, lésion du nerf optique pouvant entraîner l'amaurose.

c) *Formes symptomatiques* :

1) *Forme céphalalgique* ;
2) *Forme convulsive ou éclamptique* ;
3) *Forme comateuse*, avec début lent précédé de céphalée ou brusque, avec souvent incontinence sphinctérienne ;
4° *Forme aphasique* ;
5) *Forme mentale* ;
6) *Forme spinale* avec rachialgie intense, raideur vertébrale.

Nous n'insistons pas davantage, nous avons dit le caractère restreint de la méningite secondaire aiguë et on pourrait ainsi décrire de très nombreux types où un symptôme prend le pas sur le tableau clinique.

d) *Formes selon l'âge* : *méningite aiguë des nourrissons* : l'attention est attirée par des convulsions quelquefois limitées à la face, par de la raideur de la nuque avec redoublement paroxystique, par la tension quelquefois considérable de la fontanelle antérieure non oblitérée, avec augmentation du volume du crâne traduisant l'hydrocéphalie. Souvent la ponction, qui diminue la distension ventriculaire, constitue un bon adjuvant au traitement spécifique (Ravaut et Darré). Il est hors de doute que parmi les cas de méningite tuberculeuse guéris par l'iodure beaucoup concernaient des cas de pie-mérites syphitiques méconnues. Par ailleurs il est possible que ce soit également là une des causes de la mort subite des nourrissons.

II. La méningite aigue tertiaire.

Les accidents méningitiques aigus peuvent apparaître à la période tertiaire dans deux conditions : ils peuvent traduire des poussées aiguës épisodiques au cours d'une méningite chronique ; à cela pour certains auteurs, tel Miriel, se bornerait l'activité pie-mérienne du tertiarisme. Pour Milian au contraire des épisodes aigus isolés peuvent apparaître avec un éclat au moins égal à celui de la méningite secondaire.

Des observations indiscutables, notamment de Boidin et M.-P. Weill, de Œttinger et Hemel, ont montré la possibilité de l'envahissement tardif des centres nerveux par le tréponème au même titre que Fournier et Balzer avaient décrit les éruptions cutanéo-muqueuses tardives à caractère secondaire, opinion étayée sur ce fait que de nouvelles efflorescences cutanéo-muqueuses sont quelquefois précédées de réaction générale avec syndrome de méningo-encéphalite.

Le début revêt l'allure classique : céphalée, hyperesthésie crânienne, puis apparaissent des troubles intellectuels (torpeur, diminution de la mémoire), des phénomènes moteurs (convulsions, paralysies oculaires) et généralement une température élevée avec accélération du pouls qui traduit l'infection aiguë.

Il existe, sans aucun doute, ainsi que le dit Sézary, un type de méningite syphilitique qui répond aux caractères généraux des lésions tertiaires ; il consiste en exsudats méningés circonscrits scléro-gommeux qui peuvent affecter diverses localisations, pie-mérite de la convexité provocatrice de crises jacksoniennes, pie-mérite scléro-gommeuse de la base qui englobe et paralyse les nerfs crâniens et même pie-mérite spinale circonscrite, qui s'accompagne de lésions radiculaires localisées, bien étudiées par Déjerine et Thomas.

Ces méningites tertiaires ont-elles quelque lien avec les méningites secondaires ? Sézary rappelle l'hypothèse d'Hutchinson : des lésions tertiaires, reliquat de lésions secondaires avérées ou latentes dans lesquelles les tréponèmes n'ont pas disparu complètement. Existe-t-il entre les épisodes méningés aigus secondaires et tertiaires les mêmes rapports qu'entre une macule et une papule d'une part et une gomme d'autre part ?

Une remarque importante est cependant à faire : il semble

© BIU Santé

que les méningites tertiaires, qui surviennent brusquement avec un cortège plus ou moins éclatant de symptômes sont facilement éteintes par l'action thérapeutique. Au contraire lorsque la poussée éclate chez un malade où il y avait des pupilles paresseuses avec ébauche du signe d'Argyll-Robertson, un réflexe absent ou encore une diplopie ou une amblyopie traduisant la défaillance d'un nerf moteur oculaire commun, l'action médicamenteuse est singulièrement moins efficace et encourageante.

Il semble donc bien, et la thérapeutique ici donne la main à l'enseignement clinique, qu'il faille distinguer des poussées aiguës survenant chez des malades atteints déjà de lésions méningées chroniques, la méningite aiguë tertiaire primitive, très semblable d'aspect à la méningite secondaire, comportant comme celle-ci un pronostic favorable si le médecin est arrivé à temps et n'a pas donné l'occasion au processus scléro-gommeux de faire œuvre de neurolyse et de provoquer des lésions cicatricielles indélébiles.

Néanmoins ici comme précédemment le même problème sur l'évolution ultérieure des accidents est à poser et on peut toujours se demander dans quelle mesure un accident méningé tertiaire peut être responsable d'un tabes ou d'une méningo-encéphalite ultérieure.

III. La méningite aigue de l'hérédo-syphilis.

Les méningites aiguës sont assez fréquentes au cours de l'hérédo-syphilis, elles ont été bien étudiées par Ravaut et par le Prof. Hutinel ; dans leur cadre entre, à vrai dire, des faits très disparates : dans beaucoup de cas, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont le seul indice d'une irritation méningée, mais d'autres fois les lésions sont assez graves pour entraîner une mort rapide. En tous les cas l'examen du liquide constitue une vraie biopsie et les troubles qu'il révèle, si légers soient-ils en apparence, sont loin d'être négligeables. La méningite syphilitique dans ces cas est moins brutale que la pie-mérite bacillaire qui tue toujours, mais elle compromet rapidement l'intégrité des centres nerveux et laisse des traces irrémédiables de son passage, surtout dit V. Hutinel, si elle a été méconnue, et il ne semble pas exagéré à cet auteur de soutenir que la moitié des tares nerveuses constatées chez les enfants sont imputables à la syphilis héréditaire.

Les méningites aiguës infantiles diffèrent anatomiquement de celles des adultes en ce qu'elles sont essentiellement des vascularites, l'infection diffuse des vaisseaux pie-mériens sur la dentelle conjonctive puis s'épanche dans le liquide rachidien. Elles s'observent principalement après la naissance, dans les premières semaines de la vie, au moment du maximum septicémique. A cette période, les accidents sont soit nettement caractérisés, soit représentés seulement par de simples altérations cytologiques du liquide de ponction. Disons ici cependant avec Hutinel, qu'une réaction lymphocytaire ne peut pas suffire à imposer le diagnostic de syphilis, car elle peut être due chez des sujets très jeunes à des affections cutanées parallèles. Souvent néanmoins, sans attirer l'attention, les altérations méningo-vasculaires peuvent aboutir rapidement à des encéphalites, des atrophies, des scléroses, des arrêts de développement du système nerveux, des épaississements méningés, de l'hydrocéphalie.

Les *méningites tardives* surviennent chez des enfants d'au moins deux ans, elles sont souvent moins des irritations primitives que des réveils d'anciennes lésions ou des réactions naissant sur un terrain préparé par des infections aiguës ou des intoxications ; le tréponème semblant avoir comme sensibilisé les centres nerveux chez une certaine catégorie d'hérédo-syphilitiques. Le tableau clinique peut ressembler singulièrement à celui d'une méningite tuberculeuse, le grand principe diagnostique est qu'on meurt avec une méningite tuberculeuse et qu'on guérit avec une pie-mérite spécifique. L'erreur est fréquente : en présence d'une méningite tuberculeuse chez un très jeune enfant il faut toujours se méfier, ne pas trop vite formuler une opinion thérapeutique qui comporte un pronostic fatal et laisser une petite porte ouverte à l'espoir.

Enfin chez les nourrissons et les très jeunes enfants, il est vraisemblable que la méningite syphilitique aiguë puisse entrer pour une part dans les causes de mort subite ou rapide.

Les méningites aigues non spécifiques chez les syphilitiques.

Il semble que les lésions méningées créées par le tréponème puissent quelquefois favoriser les infections secondaires et devenir une sorte de voie d'appel pour des microbes banaux et plus particulièrement pour le méningocoque et le pneumocoque. Il importe lors d'un liquide de ponction apparaissant trouble ou lors de la découverte d'une abondante polynucléose à l'examen microscopique de chercher avec soin une cause bactérienne surajoutée à la syphilis. Les observations de ce genre ne sont pas rares depuis les cas princeps de Guinon, de Marcel Labbé et Castaigne. La thérapeutique sera dans ces cas employée avec le plus grand profit et il ne semble pas que le terrain spécifique soit une cause première d'aggravation du pronostic, parfois la chance sourira à un essai désespéré, on doit toujours « laisser la porte ouverte à l'espérance ».

Pronostic des méningites aigues.

Ainsi des faits cliniques que nous avons tenté de grouper et qui d'ailleurs présentent dans leur ensemble encore une certaine allure disparate, plusieurs réflexions peuvent être présentées. Il y a lieu tout d'abord de montrer la différence capitale du pronostic entre les méningites aiguës secondaires sur lesquelles le traitement fait habituellement merveille et les méningites tardives, où les échecs sont fréquents, des lésions scléro-gommeuses à tendance destructive ayant déjà fait leur œuvre et ceci s'adresse non seulement aux pie-mérites de l'adulte mais aussi aux infections héréditaires du premier âge.

Peut-on, d'après les données de la clinique, en rassemblant les observations, accepter les idées dualistes de neurotropisme et de dermotropisme défendues par Levaditi et Marie ? Nous croyons bien qu'il existe certains tréponèmes qui peuvent avoir une affinité particulière pour le système nerveux, comme certains gonocoques ont une prédisposition toute particulière pour les pullulations articulaires, mais il est difficile de déduire de là qu'il y a deux races distinctes de tréponèmes et de les opposer l'une à l'autre. Nous pensons plutôt que la tonicité du système nerveux joue plutôt un rôle et qu'un cerveau amoindri par une intoxication antérieure, alcoolique par exemple, où les vaisseaux sont déjà touchés, organisera beaucoup plus facilement une vascularite si souvent liée étroitement à la méningite. Nous estimons surtout que c'est de la précocité et de l'activité du traitement que peuvent dépendre l'apparition des accidents pie-mériens.

Enfin les données de la ponction lombaire apportent-elles toujours un criterium certain de l'intégrité ou de l'altération méningée ? Nous avons dit, chemin faisant, qu'on pouvait concevoir une hyperalbuminurie résiduelle comme un symptôme cicatriciel. Existe-t-il des syphilis cervico-méningées en activité sans réaction méningée ? La question a été posée par Clovis Vincent et mérite une grande attention : en règle générale, il ne semble pas y avoir de syphilis cérébro-méningée en activité avec un liquide normal, mais ce qu'il faut dire c'est que la disparition de la réaction méningée n'implique pas que le malade soit à l'abri pour l'avenir de tout accident nerveux d'origine spécifique. On ne doit donc pas, ajoute Clovis Vincent, se hâter d'affirmer que cliniquement la maladie est arrêtée dans son évolution.

La psychiatrie en clientèle, In-8° 1924. 8 francs, par le Dr Charon, A. Maloine et fils, éditeur 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27 Paris.

Sous un volume réduit, dans un langage précis, sur la bace solide d'une psychologie clinique objective, dans un cadre de classements originaux, relevés de quelques observations médico-légales saisissantes, l'A a réalisé le difficile problème d'écrire, sous une forme agréable, beaucoup de choses utiles en peu de pages. Il sera lu avec plaisir et profit, par les étudiants et les praticiens.

◆◆

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE HYDROLOGIQUE

Les cures hydrominérales dans la goutte

Par F. RATHERY,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

La goutte est certainement une des affections qui bénéficie le plus grandement de la cure hydrominérale, mais il en est peu également où le choix de la station à indiquer aux malades soit plus délicate.

Une cure intempestive ou mal conseillée peut abou tir en effet à une recrudescence très nette du mal.

Le goutteux est un sujet fragile, facilement influençable ; chaque malade présente des susceptibilités particulières qui doivent guider le médecin dans les conseils qu'il donnera tant en ce qui concerne la désignation du lieu de la cure que des pratiques hydrominérales à suivre pendant cette cure. Nous citerons à ce sujet l'influence du climat et de l'hydrothérapie.

Le climat variable est celui qui provoque le mieux la goutte, on écartera donc toutes les stations où les écarts de température, les sautes de vents sont fréquents. Faible humidité, beaucoup de soleil et peu de pluie constituent pour Llewelyn, le climat idéal pour le goutteux ; les températures égales, douces et sèches, les hivers dans les pays chauds, sont donc à recommander. Cependant certains goutteux obèses se trouvent bien des climats froids et secs, tandis que les goutteux atones, affaiblis, préfèrent un climat doux. Le climat marin, surtout les climats des rivages du Nord de la France sont souvent très préjudiciables aux goutteux.

L'hydrothérapie froide, le bain de mer, sont en général très mal supportés, par contre l'hydrothérapie chaude convient le plus souvent. Cependant certains sujets atones ont besoin d'effets excitants qu'ils ne trouveront que dans certains bains hydrothermaux ou même salés. Tel goutteux doit être avant tout calmé, tel autre au contraire présentant surtout des raideurs articulaires avec atrophie musculaire doit subir au niveau de ses articulations un véritable processus hyperémique et excitant.

Le But de la cure thermale

La cure thermale doit viser un double but :

1° Remédier au trouble nutritif qui conditionne la goutte.

2° Agir sur les diverses manifestations de la diathèse.

Remédier au trouble nutritif. — Nous ignorons encore en réalité la nature intime de la goutte. Tout ce que nous savons actuellement peut se résumer de la façon suivante :

a) Il y a une *hyperuricémie* constante chez le goutteux (V. Myers, Chauffard, Grigaut et Brodin). Cette hyperuricémie relève d'un mécanisme encore très discuté ; tient-elle à un manque de perméabilité rénale, à un état particulier de l'acide urique dans l'organisme (Dohrn), à son hypergenèse ? Toutes les théories ont été soutenues, aucune ne semble encore à l'abri de toute critique.

b) *L'acide urique précipite dans les tissus.* — Cette précipitation tient-elle à une diminution de l'alcalinité sanguine, à un état sursaturé de l'urate acide de sodium, à des modifications des tissus les rendant aptes à la provoquer ? Ici encore même obscurité.

Le trouble dans le métabolisme des purines est certain, mais sa nature intime nous reste inconnue.

Cependant le clinicien doit retenir que deux organes interviennent sans aucun doute dans la physiologie pathologique de la goutte.

D'une part le *foie*, Chauffard et ses élèves insistèrent encore récemment sur l'importance de l'hypercholestérinémie, d'autre part le *rein* dont les altérations facilitent la rétention des produits résultant du trouble du métabolisme purique.

Agir sur les diverses manifestations de la diathèse. — Les eaux thermales, en dehors de leur action directe sur le trouble nutritif, possèdent des actions locales qu'on pourra utiliser :

Action excitante, tonifiante, révulsive, ou, au contraire, sédative, calmante et résolutive en ce qui concerne les altérations articulaires, action modificatrice des muqueuses par les eaux sulfureuses pour certaines localisations rhinopharyngées, action tonique des eaux Bourbouliennes dans les formes atoniques avec anémies, etc., etc.

Indications des cures thermales et leur mode d'action

Le problème à résoudre se pose chez le goutteux dans deux conditions bien différentes.

1° Il s'agit d'un GOUTTEUX SIMPLE, A REIN PERMÉABLE, A ARTÈRES SOUPLES, SANS HYPERTENSION NOTABLE.

Le trouble nutritif conditionne des manifestations d'ordre fluxionnaire, l'affection n'est encore qu'à son début.

On peut dès lors espérer pouvoir agir sur le trouble nutritif d'une part et sur ses diverses manifestations de l'autre.

2° Il s'agit d'un GOUTTEUX INVÉTÉRÉ, CHRONIQUE, A REINS FORTEMENT TOUCHÉS, dont les ARTÈRES sont LÉSÉES, avec *hypertension plus ou moins marquée.*

On ne pourra plus dès lors viser qu'à obtenir des effets palliatifs.

A — LE GOUTTEUX SIMPLE A FORME FLUXIONNAIRE.

Nous envisagerons.

1° Le traitement du trouble nutritif lui-même.

2° Le traitement de ses diverses manifestations principales.

Traitement hydrominéral du trouble nutritif

Nous pouvons intervenir de trois façons.

1° Cures alcalines.
2° Cures diurétiques.
3° Cures radioactives.

CURES RADIOACTIVES. — Nous ne dirons qu'un mot seulement de ces cures, car si l'étude de la radioactivité de nos stations thermales est aujourd'hui si bien poursuivie grâce aux recherches de Curie, de Laborde, de Moureu et de ses élèves, leurs propriétés thérapeutiques sont encore très peu connues.

L'émanation du radium agirait :

a) En stimulant les ferments diastasiques, protéolytiques et glycolytiques ; en activant les enzymes oxydants.

b) En conservant les composés d'acide urique dans leur forme la plus soluble, par conséquent en diminuant

© BIU Santé

l'hyperuricémie et facilitant la résorption des tophi (His, Gudzent), opinion du reste contestée.

c) En facilitant l'excrétion des purines exogènes (Lowenthal).

d) En déterminant des effets sédatifs très marqués sur le système nerveux.

Stations. — La Bourboule, Le Vernet, Royat, Bagnères-de-Luchon, Plombières, Néris, etc. agiraient ainsi par leur radioactivité.

CURES ALCALINES. — L'action efficace des cures alcalines dans la goutte est en réalité un fait d'ordre empirique, et des recherches nouvelles sont à entreprendre avec les techniques modernes concernant l'étude de l'équilibre acide base et l'état d'acidose. A. Desgrez et H. Bierry ont montré l'importance de cette recherche en ce qui concerne le mode d'action des eaux de Vichy (détermination du PH urinaire et du CO^2 total). On discute encore sur les modifications de l'alcalinité du sang chez les goutteux et certains auteurs admettent qu'elle diminue dans l'intervalle des crises et augmente pendant les accès. Roberts avait pensé que tout sel apportant les ions Na diminue la solubilité de l'urate acide de soude et il en concluait que les alcalins sodiques n'agissent pas en améliorant les conditions de solubilité de l'acide urique dans l'organisme. Il en résulterait que les eaux sodiques devraient être évitées par les goutteux. Or comme le fait observer Burney Yéo, malgré toutes les défenses théoriques de l'emploi des sels de soude dans la goutte, les goutteux de toutes les parties du globe sont venus et continuent à venir en nombre croissant aux eaux carbonatées sodiques de Vichy, chlorurées sodiques de Hombourg, sulfatées sodiques de Carlsbad, sulfureuses chlorurées de Harrogate, Llandrindod.

Jones Llewelyn ajoute : « Pour moi, je me range à l'opinion des auteurs français qui attribuèrent la valeur des alcalins et des eaux minérales alcalines dans la goutte plutôt à leur influence générale sur le métabolisme qu'à la conception, qu'on ne peut admettre plus longtemps, de leur action dissolvante de l'acide urique ».

Dans le traitement thermal alcalin, on a dit que les eaux calciques étaient plus à recommander (Fink) que les sodiques.

Grigaut, Bricout et Schneider ont montré que la cure de Contrexéville déterminait une baisse rapide de l'hypercholestérinémie et de l'azotémie, une amélioration rapide de la constante uréo-sécrétoire ; quant à l'uricémie, elle ne s'abaisserait que plus tardivement avec production d'uricurie. Violle a insisté sur l'hyperactivité de la cellule rénale dans la cure de Vittel.

On peut donc admettre que les eaux alcalines sont à recommander aux goutteux et qu'elles agissent par un mécanisme complexe sur le foie et sur le rein.

Stations. — Trois types de stations.

a — Vichy, Vals, le Boulou : bicarbonatées sodiques.

b — Brides : sulfatée calcique, chlorurée sodique et magnésienne.

c — Contrexéville, Vittel, Martigny : sulfatées calciques et magnésiennes.

Aulus Capvern, sulfatées, calciques.

INDICATIONS PRINCIPALES

Hérédité goutteuse : enfants d'arthritiques, migraineux, eczémateux, avec troubles intestinaux.

Période prémonitoire des accès. — Gros mangeur, gros foie avec subictère et digestions laborieuses. Hépatisme de Glénard.

Goutteux après leur crise et suffisamment loin d'elle.

Contre-indications. — Crise de goutte aiguë.
Goutteux asthénique anémique.
Cachexie goutteuse.

CURES DE DIURÈSE. — La cure de lavage produira son maximum d'effets chez les sujets dont le rein a encore un fonctionnement à peu près normal. Elle agira tout d'abord à la façon d'un simple processus mécanique chassant des tubes rénaux le sable ou les petits calculs. Mais son action est plus complexe, elle détermine une excitation de la sécrétion urinaire et une augmentation non seulement de l'eau mais des différents éléments de l'urine ; Violle insistait récemment sur le rôle des sels de calcium dans les eaux thermales ; enfin elle stimule certaines glandes, notamment, le foie, qui ont une action si importante sur le métabolisme.

La cure se fera soit dans les stations vosgiennes, Vittel, Contrexéville, Martigny, soit dans leurs homologues Capvern et Aulus, toutes renferment des sels de calcium, soit dans les eaux très peu minéralisées d'Evian.

TRAITEMENT HYDROMINÉRAL DES PRINCIPALES MANIFESTATIONS

1) *Manifestations articulaires, musculaires et névralgiques.* — Il est un principe général qui domine les indications des cures thermales dans les arthropathies goutteuses, c'est de ne jamais envoyer faire une de ces cures aux goutteux en pleine crise aiguë, ou à peine remis de cette crise.

Trois groupes de stations sont à retenir.

1° Les chlorurées sodiques.
2° Les eaux hyperthermales indéterminées.
3° Les boues.
4° Les sulfureuses.

Beaucoup de ces stations possèdant des sources faiblement minéralisées permettent de faire également la cure de diurèse.

Les indications sont tout à fait différentes pour chacune de ces stations.

1° *Les goutteux articulaires douloureux.* — A ce groupe conviennent seules les stations sédatives.

a) Les eaux hyperthermales indéterminées, souvent radioactives : Néris, Plombières, Aix-en-Provence, Luxeuil. Nous rapprocherons de ces stations Evaux sulfatée sodique légèrement chlorurée.

b) Les eaux très faiblement chlorurées et hyperthermales : type Bourbon-Lancy.

c) On enverra dans ces stations les goutteux mal remis d'une crise, mais suffisamment éloignés de celle-ci ; les articulations restant en partie douloureuses, il subsiste du lumbago, de la sciatique.

2° *Les goutteux présentant des empâtements articulaires.* — Goutteux pléthoriques et congestifs, à allure torpide, les empâtements se résolvant mal.

Nous citerons surtout deux stations, toutes deux chlorurées sodiques, mais plus fortes que Bourbon-Lancy : d'une part Bourbon-l'Archambault, d'autre part Bourbonne-les-Bains.

3° *Les goutteux chroniques atones* avec raideurs ; manifestations franchement chroniques avec atrophie musculaire.

© BIU Santé

Trois types de stations qui sont franchement excitantes et, comme telles, ne pourront être conseillées qu'avec prudence.

a — Les *chlorurées sodiques fortes* : genre Salies, ou en moins fort Salins-du-Jura.

b) Les *sulfureuses*, dont la plus excitante est Barèges, la plus maniable Aix (sulfurée calcique) et entre les deux Luchon, le Vernet, Amélie-les-Bains.

c) Les boues : Dax, Préchacq, St-Amand, Barbotan.

Ces diverses stations concernent plutôt les rhumatisants chroniques que les goutteux, mais il est certaines formes de goutte qui ressemblent de très près au rhumatisme chronique et qui pourront bénéficier de ces cures.

C'est surtout pour ces différentes stations que le médecin traitant chargé d'orienter ses malades dans le choix d'une cure hydrominérale devra avoir présent à l'esprit l'extrême sensibilité du goutteux pour les eaux minérales un peu fortes.

En terminant cette courte énumération, il nous faut dire un mot des *stations hivernales si précieuses* pour certains sujets.

En France, les goutteux fragiles pourront se traiter à Aix-en-Provence, les goutteux atones au Vernet ou à Amélie-les-Bains ou à Dax.

En Algérie Hamman R'irrha (eaux sulfatées sodiques et calciques et Hamman Meskoutine (eaux bicarbonatées sodiques) avec leurs sources très chaudes, sont souvent visitées par les goutteux et d'un précieux secours pour eux.

2) *Manifestations gastro-intestinales.* — Nous serons bref sur les indications : Vichy, Pougues, Alet conviennent aux dyspeptiques goutteux à gros foie, Châtel-Guyon aux constipés plus ou moins atones, Plombières aux douloureux et aux colitiques diarrhéiques.

3) *Manifestations rénales.* — L'albuminurie goutteuse vraie qu'il faut distinguer de la néphrite chronique survenant chez le goutteux doit être traitée à St-Nectaire.

4) *Manifestations utérines.* — Luxeuil convient aux goutteuses présentant des poussées congestives répétées persistantes avec état névropathique.

5) *Manifestations anémiques.* — Goutteux atones, asthéniques, fatigués (mais avec rein fonctionnant normalement : la station type est la Bourboule.

6) *Manifestations veineuses.* — Bagnoles-de-l'Orne est une eau plutôt excitante (Joly) que sédative, elle ne convient pas aux reins hyperexcitables avec poussées phlébitiques à peine éteintes. Par contre la cure de Bagnoles est indiquée chez les anciens phlébitiques atones avec œdèmes, empâtements et lourdeur des membres. Aix-en-Provence donne également ici de bons résultats. Certains sujets atteints d'hémorroïdes se trouveront bien de ces cures.

7) *Manifestations pharyngo-bronchiques.* — Flurin distingue d'une part la rhinobronchite sèche ou catarrhe sec des bronches et la bronchite chronique muco-purulente à répétition, rebelle et tenace.

La médication sulfureuse destinée à rénover la muqueuse respiratoire, à relever sa vitalité peut donner d'excellents résultats. On a dit pendant longtemps que le soufre était tout à fait contre-indiqué chez le goutteux, ce n'est pas l'avis de Flurin qui a obtenu à Cauterêts d'excellents résultats dans les manifestations précédentes. Sans doute on réveille parfois au cours de la cure une crise de goutte, mais celle-ci est souvent libératrice et d'un heureux effet.

On n'enverra cependant pas à Cauterêts ou à Luchon les goutteux florides trop excitables.

B. Goutteux chroniques invétérés avec sclérose vasculaire et lésions rénales. — Le goutteux est pâle, hypertendu, il émet des urines abondantes claires très peu albumineuses (parfois sans albumine).

Artères et reins sont plus ou moins fortement atteints ; l'azotémie est nette, la constante uréo-sécrétoire franchement défectueuse.

Le goutteux pourra faire alors deux sortes de cures.

a) *La cure de diurèse.* — Evian est souvent ici mieux supportée que Vittel et Contrexéville.

b) *La cure d'hypertension.* — Royat.

Mais cependant si l'hypertension est très stable, si l'azotémie est élevée, mieux vaut alors détourner les malades d'une cure hydrominérale qui ne pourrait que précipiter les accidents terminaux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La maladie et la mort de Gambetta

Deux intéressants articles du *Figaro* (16 et 18 juillet), dus à M. P.-B. Gheusi, cousin de Gambetta, ont ramené l'attention sur ce sujet, depuis longtemps déjà en proie à la légende.

On sait que le grand patriote est mort à Ville-d'Avray, le 31 décembre 1882, à minuit moins cinq. L'autopsie, pratiquée par Cornil, démontra qu'il avait succombé à des lésions de typhlite et périty phlite, consécutives à une appendicite ulcérée et perforante.

A cette époque, *l'appendicite* n'était pas encore décrite. Le mot n'existait pas : il n'est pas prononcé dans le procès-verbal de Cornil, qui décrit avec soin un foyer purulent rétro-cæcal, avec l'appendice baignant dans le pus, adhérent à la paroi postérieure du cæcum et perforé en deux endroits.

Deux planches, dessinées en grandeur naturelle par Karmanski, accompagnent le procès-verbal de Cornil et pourraient illustrer admirablement toute leçon sur l'anatomie pathologique de l'appendicite.

C'est le 27 novembre que Lannelongue, en sa qualité d'ami particulier, avait été appelé auprès de Gambetta, qui venait de se blesser à la main droite avec un revolver : la balle, entrée par la paume, était sortie un peu au-dessus du poignet.

Le premier pansement, qui arrêta l'hémorragie, avait été fait par les Dr Gilles, de l'hospice Brézin, et Guerdat, de Ville-d'Avray.

Le pansement de Lister fut appliqué, avec toute la rigueur du rite écossais d'alors, jusqu'à la guérison de la blessure, qui était parachevée le 9 décembre.

Et c'est précisément ce jour-là que, pour la première fois, en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, Gambetta ressentit *subitement une vive douleur dans le flanc droit.*

Je note ce détail dans l'observation clinique *rédigée par Lannelongue* lui-même et publiée à la librairie Masson, dès le mois de janvier 1883, sous le titre : BLESSURE ET MALADIE DE GAMBETTA. La rédaction de Lannelongue comprend 48 pages in-8°, et c'est à elle que j'emprunte tous les renseignements qui vont suivre.

© BIU Santé

Pendant le cours de sa blessure et de sa maladie, Gambetta fut visité et consulté par onze médecins ou chirurgiens dont voici les noms : Gilles, Guerdat, Lannelongue, Siredey, Fieuzal, Verneuil, Trélat, Charcot, Gavarret, Cornil et Paul Bert. Tous ont signé à l'autopsie, et encore avec eux, Brouardel, Liouville, Laborde, Mathias-Duval et Gibier (de Savigny). En outre, Gambetta fut pansé et veillé par trois internes d'alors, Berne, Martinet et Walther, ce dernier toujours vivant et chirurgien honoraire des hôpitaux.

De ce grand concours de témoignagnes il résulte tout au moins que la version populaire de *la balle dans le ventre* est absolument inadmissible. Mais les explications simples n'ont jamais contenté les simples d'esprit, qui cherchent toujours midi à quatorze heures et se raccrochent aux légendes romanesques.

Mais revenons à la maladie.

Les consultants étaient sollicités ou amenés par Lannelongue qui, tout en gardant la direction du traitement, cherchait visiblement à leur faire partager sa responsabilité.

Pendant huit jours, les symptômes abdominaux, vagues et intermittents, laissèrent le diagnostic en suspens, quand subitement, le 16 décembre au soir, la température monta à 39°6.

Le lendemain 17, Siredey, autre ami de Gambetta, après avoir procédé, seul, à un examen complet du malade, constata un empâtement douloureux et très circonscrit dans la fosse illiaque droite, et laissa pour son collègue Lannelongue le bulletin suivant : *je crois que la typhlite est ce qu'il y a de plus probable*.

C'était la lumière dans les ténèbres où s'agitaient Lannelongue et ses collègues, et le mérite en revient tout entier à Siredey.

Le 20 décembre, le diagnostic de périty phlite est confirmé, et personne ne songe à une intervention opératoire. On se contente de prescrire le régime lacté, de l'eau de Vichy et un gramme de sulfate de quinine par jour.

A ce moment, Lannelongue écrit dans le Journal de son observation : « Le fait de l'existence d'une périty phlite ressortit de notre discussion comme la donnée la plus certaine... Pour la première fois, nous parlâmes d'une perforation de l'intestin, comme cause première des accidents... Nous dessinâmes sur le papier les adhérences qui devaient exister et dont nous supposions en tout cas la possibilité. »

Le 23 décembre, écrit toujours Lannelongue : « En face de l'engorgement profond, *on* décide l'application d'un large vésicatoire qui ne devra produire que de la rubéfaction et ne sera laissé en place que trois heures. *On* prescrit 25 centigrammes de calomel... » Cet *on* irresponsable ne songeait guère à opérer !

Du 23 au 27 décembre, la situation s'aggrave, la température monte, la place du vésicatoire est érysipélateuse, avec ganglions inguinaux douloureux.

Le 28 décembre, consultation décisive de Lannelongue avec Siredey, Charcot, Verneuil, Trélat, Gilles et Fieuzal, à 5 heures du soir :

« Les médecins réunis, après avoir discuté toutes les hypothèses, furent unanimement d'accord sur les conclusions suivantes : l'existence de la périty phlite est incontestable ; toute autre hypothèse doit être écartée... Il n'existe en aucun point de collection purulente. Peut-être y a-t-il une infiltration de pus ?... *Ces conditions réunies interdisent une intervention chirurgicale*, qui serait pleine de périls sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable. » Voilà qui est net et sans réplique !

Le 29, on donne au malade plus affaissé une potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina, des grogs et des vins généreux.

Le 30, Paul Bert étant présent, dernière grande consultation qui ne fait que confirmer celle du 28 : « Les médecins donnent successivement leur avis. D'nn commun accord; ils reconnaissent *qu'aucune opération n'est indiquée, ni possible.* »

De tout ce qui précède, il ressort jusqu'à l'évidence qu'après le diagnostic établi par Siredey et jusqu'au dernier jour, Lannelongue n'a jamais fait la moindre allusion à une opération.

Cependant, après 23 ans de silence, en 1905, alors que tous les témoins qualifiés étaient disparus, Lannelongue affirma, devant l'Académie de medecine, qu'il voulait absolument opérer Gambetta et qu'il en fut empêché méchamment. Il exposa, à la grande stupéfaction de ses lecteurs de 1883, tout un programme de chirurgie rétrospective au pays d'Uchronie :

« J'avais fait préparer tout un outillage chez Collin, le fabricant d'instruments de chirurgie et l'assistant d'alors de nos grandes opérations. Il avait fabriqué, sur ma demande, une sonde cannelée spéciale par sa force et sa grandeur, à cause de la surcharge de graisse et du développement considérable de la paroi du ventre de Gambetta. Que de luttes n'ai-je pas soutenues alors !... La nappe purulente rétro-cæcale eût été ouverte indubitablement, et, selon les circonstances, j'aurais suturé ou non l'ulcération du cæcum ou de l'appendice et fait en tout cas le drainage du foyer.

Mes propositions furent rejetées dans les deux consultations du 23 et du 28 décembre. A partir de ce moment, *on* cessa de m'accorder autour de Gambetta la confiance dont j'avais joui jusqu'alors ; *on* m'invita même indirectement à ne plus revenir... »

Ce mystérieux *on* aurait mérité d'être démasqué, puisqu'il a laissé mourir Gambetta faute d'opération. Toutes ces réticences, ces demi-confidences ne sont que des entorses à la vérité. Et la vérité, si l'on s'en tient au récit contemporain qu'il a donné lui-même des événements, c'est que Lannelongue a fait preuve de plus d'effacement que d'autorité et de perspicacité.

C'était à lui, le chirurgien ami, appelé le premier, d'imposer sa conviction et sa volonté, et de mettre dehors les opposants. C'était à lui de faire appel à des collaborateurs plus hardis, et de tout tenter pour forcer la destinée. Vingt ans après, la parole n'est plus au chirurgien, mais au romancier ou à l'historien.

Dr E. Callamand (de St-Mandé).

Les spécialités pharmaceutiques en Chine

Dans tout l'Orient, la pharmacie est rattachée, dans la pratique, à l'art médical. Quand j'étais en Perse, mes élèves ont essayé de me persuader à m'installer et, bien entendu, j'aurais dû organiser une officine à côté de mon bureau de consultation. En Extrême Orient, j'ai observé les mêmes coutumes ; au Japon, l'antichambre du médecin est traversée par une cloison en bois : au milieu s'ouvre un guichet et quand le malade quitte le médecin, il reçoit son médicament et il ne paye qu'après avoir reçu la drogue salvatrice.

En Chine aussi, beaucoup de médecins pratiquent en même temps leur art et la pharmacie.

© BIU Santé

En arrivant à Changhaï il y a trois ans, j'ai été surpris de constater que les spécialités françaises étaient peu répandues. Dans une exposition pharmaceutique, il n'y avait pas une seule spécialité française ! M'occupant personnellement d'opothérapie et de vaccinothérapie, j'ai fait une enquête dans les principales pharmacies de Changhaï et j'ai trouvé partout des marques anglaises et américaines ! Poursuivant mes investigations, j'ai questionné des médecins chinois qui affirmaient avoir utilisé des vaccins français et avoir constaté qu'ils étaient inférieurs aux vaccins de Parke Davis ! Le Français de qualité s'expatrie rarement et les chevaliers d'industrie compromettent la réputation de la France. Dans le cas particulier que je relate : il y a deux ans, des vaccins inactifs de provenance française ont été écoulés à Changhaï et, comme une traînée de poudre, les médecins chinois ont établi une réputation erronée. Il est urgent de remonter le courant. J'ai chargé mes élèves installés à Changhaï de rédiger des articles dans les journaux chinois pour redresser une opinion injuste ; l'Institut Pasteur de Paris offre des garanties au moins égales à la maison Parke Davis. Le sérum antidiphérique, auquel Louis Martin a consacré des années de recherches pour perfectionner les données magistralement établies par Roux et le sérum antidysentérique de Dopter sont des produits qui ne craignent pas la concurrence. C'est un devoir pour tous les médecins français d'en faire profiter le peuple au milieu duquel ils vivent. Bien entendu, la pratique n'est pas aussi aisée que la théorie. Prenons par exemple le cas de la dysenterie : médecins et malades, d'un commun accord, donnent la préférence à l'émétine dès qu'il se forme des selles sanguinolentes.

Le diagnostic bactériologique est rarement pratiqué... et l'indication du sérum antidysentérique, n'ayant pas été posée; ce médicament n'est pas prescrit.

Les Chinois n'ont pas encore compris la nécessité du laboratoire ; ils donnent leur confiance aux médicaments bien lancés : voilà tout ! J'en arrive donc à la question capitale du sujet que je traite. Le Chinois n'a pas l'esprit scientifique mais il s'en laisse imposer par le prestige européen ; la suggestion a une emprise forte sur lui.

Quand on se promène dans une rue commerçante de Changhaï, au devant de chaque boutique flottent d'immenses étendards couverts d'inscriptions élogieuses.

Certains commerçants installent des orchestres aux balcons de leur maison pour attirer la foule ; d'autres, exigent de leurs employés de monter sur un tréteau au pas de leur porte et de haranguer la foule qui rapidement se groupe et s'immobilise dans l'attitude d'une attention fervente.

L'une des conditions de réussite dans un pays étranger, est d'étudier la psychologie du peuple et d'adapter nos méthodes commerciales aux conditions du pays. Or, en Chine, il semble nécessaire de déployer une réclame tapageuse. L'échec est certain pour toutes les entreprises modestes.

Je serais désolé de faire germer des illusions chez nos compatriotes ; aussi dois-je compléter l'exposé précédent par deux remarques importantes. Un grand nombre de spécialités sont vendues trop chères. Si une grande ville comme Changhaï renferme l'une des populations les plus riches du monde, il faut considérer que dans l'ensemble la Chine est recouverte d'une population très dense mais pauvre. Or, si l'on veut lancer un produit actif et s'adresser à la population entière, il est de première nécessité d'envoyer des produits bon marchés. D'autre part, l'influence française est submergée par une influence anglo-américaine exubérante. Les Français qui viennent en Chine doivent être jeunes et travailler comme quatre ; si non la force brutale de la masse écrasera toujours une minorité, quelque bien intentionnée soit-elle.

Malgré ces restrictions, j'ai protesté énergiquement contre le discrédit des sérums et des vaccins français parce qu'ils sont la meilleur marché et peut-être les meilleurs parmi ceux qui circulent dans les marchés du monde. Puisse ma campagne aboutir à un résultat et ouvrir la voie à l'expansion d'autres produits pharmaceutiques français dont la supériorité est avérée.

René Porak.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1924

Diabète et syndromes associés. — ***M. Achard.*** — La découverte de l'insuline a fait pénétrer dans l'esprit des médecins une notion que les expérimentateurs n'ignoraient point : le rôle prédominant de la sécrétion interne du pancréas dans l'utilisation du glycose.

Mais l'insuffisance de cette sécrétion interne, qui constitue le vice fondamental de la nutrition dans le diabète, ne s'observe pas que chez les diabétiques. L'auteur a montré depuis 1898, avec Emile Weil, puis Loeper, Desbouis, Rouillard, A. Ribot et Léon Binet, que l'insuffisance glycolytique est très fréquente dans les états morbides les plus variés, notamment les maladies aiguës, le cancer et diverses cachexies, les cirrhoses, et qu'il s'agit, dans ces différentes circonstances, d'un trouble général de la nutrition qui a son siège non dans le foie seulement, mais dans l'ensemble des tissus.

A ses degrés légers, la forme mineure de l'insuffisance glycolytique est cliniquement *latente* et ne se révèle que par des épreuves spéciales : glycosuries provoquées, hyperglycémie provoquée, et surtout épreuve de l'exhalation carbonique après ingestion de glycose. Cette dernière est la plus démonstrative parce qu'elle a pour objet de rechercher un produit de la combustion du glycose tandis que les autres ne permettent pas de distinguer si l'insuffisante utilisation de ce sucre dépend d'une insuffisance de la combustion ou de la mise en réserve.

A un degré déjà plus élevé l'insuffisance glycolitique s'accuse par ce qu'on appelle la *glycosurie simple*, qui est passagère, intermittente, ordinairement modérée. On passe d'ailleurs, par tous les degrés de la glycosurie simple au diabète proprement dit.

C'est la forme majeure de l'insuffisance glycolytique que nous appelons le *diabète*. Elle se manifeste par le syndrome d'hyperglycémie. Mais fort souvent ce syndrome ne reste pas isolé chez le diabétique et s'associe à d'autres, sans qu'il y ait entre eux de liens de dépendance mutuelle.

L'examen des faits montre que le même ensemble de conditions cliniques peut engendrer tous les degrés de l'insuffisance glycolytique associée à d'autres syndromes.

Parmi les diabètes *constitutionnels*, ou arthritiques des classiques, le diabète gras offre l'association du syndrome hyperglycémique au syndrome d'adiposité, sans qu'il y ait aucun rapport entre le degré de l'un et celui de l'autre : l'obésité a ses causes propres, et l'insuffisance glycolytique également les siennes. De même on peut voir s'associer aux divers degrés de cette insuffisance les syndromes d'uricémie (diabète goutteux) d'oxalémie, d'hypercholestérinémie (xanthome, lithiase biliaire) les syndromes qu'on rapporte aujourd'hui à des chocs sanguins (migraines, urticaire, asthme).

Le *diabète maigre* était rapporté au diabète pancréatique envisagé comme une forme spéciale par ses causes et comparable au diabète expérimental du chien privé de pancréas. Or, on peut dire aujourd'hui que tout diabète est pancréatique parce que dans toute insuffisance glycolytique la sécrétion interne

© BIU Santé

du pancréas est déficiente. Mais les lésions destructives du pancréas, comme la lithiase qui est peut-être la plus localisée à l'organe, supprime non seulement la sécrétion interne, mais aussi la sécrétion externe. C'est donc à ces cas seulement, où le syndrome de l'insuffisante sécrétion externe s'ajoute à celui de l'insuffisante sécrétion interne, qu'il conviendrait de réserver le nom de diabète *pancréatique*.

Parmi les troubles nutritifs qu'on peut observer dans le diabète, l'un des plus étudiés est celui qu'on désigne sous les noms d'acidose, acétonémie, cétose. En réalité, on peut voir isolément l'acidose ou la cétose, mais le plus souvent il y a ce qu'on peut appeler *l'acidose-cétose*. Or, ce trouble ne dépend pas directement de l'insuffisance glycolytique et il n'y a entre eux aucune proportionnalité. L'insuline, d'ailleurs, n'agit pas exactement de même sur l'un et sur l'autre. MM. Widal, Abrami, Weill et Laudat ont montré cette action dissociée. L'auteur en a vu un exemple avec R. Gayet : l'injection de 90 unités physiologiques ne modifiait pas la glycémie, mais faisait disparaître au bout d'une heure la réaction de Gerhardt des urines.

A ce propos, il convient de noter que, d'après les recherches faites par l'auteur et Léon Binet, l'injection de glycose chez le diabétique en état d'acido cétose élève rapidement l'exhalation carbonique comme chez le sujet sain, et contrairement à ce qui se passe chez le diabétique ordinaire. Comme on ne peut guère admettre que le glycose introduit soit alors mieux brûlé que dans le diabète non compliqué, et comme on ne peut guère supposer non plus que ce glycose provoque une acidémie qui dégagerait de l'acide carbonique, on est conduit à se demander si le phénomène n'est pas dû à la combustion des corps acétoniques à la faveur de l'apport de glycose.

Les relations des affections hépatiques avec le diabète ont été maintes fois étudiées depuis Cl. Bernard. Or, l'état du foie est des plus variables, à tel point qu'on a imaginé un diabète par anhépathie et un diabète par hyperhépatie, sans peut-être tenir assez de compte des lésions associées du pancréas. Les *cirrhoses* qu'on peut rencontrer chez les diabétiques n'ont rien qui les distingue particulièrement et peuvent être associés non seulement avec le vrai diabète, mais avec les formes mineures de l'insuffisance glycolytique.

Dans le *diabète bronzé*, la cirrhose est pigmentaire, mais celle-ci se voit aussi sans diabète et même sans insuffisance glycolytique. La coloration bronzée de la peau peut aussi manquer, de sorte que la triade symptomatique peut se décomposer et que ses éléments ne dépendent pas l'un de l'autre. Il s'agit d'une association entre le syndrome d'insuffisance glycolytique, celui de l'hémosidérose et la cirrhose, ou même, comme on en connaît des exemples, des néoplasmes du foie.

Dans la *maladie de Basedow*, on peut rencontrer, mais d'une manière inconstante, tous les degrés de l'insuffisance glycolytique, mais on trouve aussi quelquefois cette dernière dans le syndrome opposé du myxœdème. Il n'y a d'ailleurs nulle proportionnalité entre le degré du syndrome basedowien et celui de l'insuffisante glycolytique.

Dans *l'acromégalie*, l'insuffisance de la glycolyse est fréquente et dépend peut-être, comme l'acromégalie elle-même, de la tumeur infundibulaire qu'on trouve le plus souvent à l'autopsie. Mais l'insuffisance glycolytique peut présenter des variations considérables et rapides alors que l'acromégalie poursuit sa marche lentement progressive.

L'insuffisance glycolytique peut se voir à divers degrés dans le *virilisme* et le *féminisme pilaire*, états caractérisés par l'inversion des caractères sexuels secondaires et se manifestant chez la femme par présence de poils au visage comme dans le sexe masculin, et chez l'homme adulte par l'absence de poils au visage qui prend l'aspect féminin. L'auteur a étudié avec J. Thiers l'association de l'insuffisance glycolytique à ces anomalies : or, il n'y a aucune proportion entre elles, et l'insuffisance glycolytique peut disparaître alors que le trouble sexuel persiste. Ce sont deux troubles associés, mais qui ne dépendent pas l'un de l'autre.

Il en est de même des diabètes et glycosuries dites simples qui s'observent dans certaines affections du système nerveux et qu'on rattachait depuis l'expérience de la piqûre du bulbe de Cl. Bernard à des actions bulbo-protubérantielles (*diabètes nerveux*). Dans le tabes et la paralysie générale, on voit survenir des insuffisances glycolytiques sans rapport, dans leur intensité comme dans leur évolution, avec les désordres nerveux et qui s'effacent alors que la lésion nerveuse s'aggrave progressivement.

Certaines complications du diabète, névrites, artérites, néphrites, sont vraisemblablement des troubles associés au syndrome d'insuffisance glycolytique et résultant de la même cause, mais ne dépendent pas de lui.

L'insuline dont la sécrétion dépend de l'état du pancréas, du système nerveux et d'autres glandes endocrines, agit contre l'insuffisance glycolytique dans toutes les circonstances cliniques où celle-ci se rencontre. En même temps qu'elle abaisse la glycémie, elle élève l'exhalation carbonique. Toutefois, si l'on combine l'injection d'insuline à l'ingestion de glycose, l'exhalation n'est guère plus forte ni plus rapide qu'avec l'insuline seule. Il faut donc du temps pour que la combustion ait lieu. Le calcul de l'acide carbonique fourni par le sucre ingéré et la mesure de l'exhalation carbonique après l'ingestion montrent aussi, par leur comparaison, cette lenteur de la combustion. Aussi ne peut-on rapporter à la combustion l'hypoglycémie produite par l'insuline.

Comme il ne semble pas qu'on puisse l'attribuer à la formation de glycogène ni de sucre protéidique, on peut se demander s'il ne se forme pas, par conjugaison ou dégradation, des corps plus lents à brûler.

Les préparations actuelles d'insuline produisent un effet trop brutal, trop passager, et en quelque sorte explosif. Il importerait d'obtenir une action moins intense et plus prolongée, comme on en tient avec l'opothérapie thyroïdienne.

Continuée pendant une certaine durée, l'insuline contribue à rendre possible un régime plus varié, plus conforme au régime normal et plus favorable à la bonne nutrition. Elle permet ainsi de gagner du temps, de prévenir des complications ; pendant ce temps, la maladie diabétogène, dont nous ignorons le plus souvent la cause, poursuit son évolution et parfois rétrocède ; car même sans insuline, on peut voir certains cas de diabète s'améliorer et guérir.

En somme, suivant l'auteur, le diabète doit être envisagé comme un syndrome. Ce qui fait son unité, ce n'est pas son étiologie, c'est le haut degré de l'insuffisance glycolytique ; ce qui fait sa diversité clinique, c'est l'association de syndromes variés qui, autour de ce noyau fondamental, représenté par le syndrome d'hyperglycémie, viennent se grouper à la façon de chaînes latérales.

Le clinicien doit disséquer cette structure complexe dans chaque cas particulier, pour instituer la thérapeutique propre à chacun de ces divers syndromes associés, en attendant qu'il puisse trouver et traiter leur cause commune.

Paralysie ascendante post-partum. — M. ***Marinesco*** (de Bucarest) relate l'observation détaillée d'une malade atteinte de paralysie ascendante type Landry. Cette paralysie s'était montrée 9 jours après un accouchement. Elle évolua spontanément en quelques mois vers la guérison. L'auteur ne put déceler aucun germe cultivable, et pense à la présence possible d'un ultravirus.

Les injections intra-cardiaques. — MM. ***Kemal-Djenab*** et ***Mouchet*** ont fait une série de recherches afin de voir si l'injection intra-cardiaque, la transfusion intra-cardiaque, ne serait pas susceptible de donner, en cas d'hémorragies graves avec collapsus, des résultats plus rapides et plus décisifs que la transfusion périphérique. Il résulte de leurs travaux que, loin de présenter des avantages, l'injection intra-cardiaque expose, au contraire, quelques précautions que l'on prenne quant à la pression du liquide injecté, à la dilatation aiguë du cœur. Elle doit donc être réservée à l'injection de quelques rares substances, par exemple l'adrénaline, et seulement dans des cas extrêmement rares.

La température intra-trachéale chez l'homme. — M. ***Collet***, chez un sujet trachéotomisé, a pris la température intra-trachéale et en a enregistré les diverses modalités (avec ou sans la canule, la fistule étant ouverte ou fermée). Il existe des oscillations de la température dont la moyenne est de 36°. Pratiquement, il y

© BIU Santé

aurait donc intérêt à ce que les liquides administrés en injection intra-trachéale le soient à la température de 36°.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1924.

L'anesthésie locale dans les opérations sur l'estomac. — M. *Auvray*, à l'occasion de la communication de M. Grégoire dans la dernière séance, insiste sur les avantages de l'anesthésie locale dans les opérations sur l'estomac. Elle suffit dans presque tous les cas pour les opérations courantes. Pour les gastrectomies, il peut être nécessaire d'employer l'éther ou le chloroforme pour les derniers temps de l'opération ; encore peut-on souvent l'éviter par l'infiltration des mésos. Il utilise pour l'anesthésie locale la stovaïne. Il est nécessaire d'éviter les tractions et les mouvements brusques et les explorations trop étendues et prolongées.

Le pronostic est certainement très amélioré par cette méthode.

Lalaminectomie dans les compressions médullaires. — M. *Rouvillois* fait un rapport sur un travail de M. Radunesco (Roumanie) qui expose les résultats obtenus par lui dans les compressions médullaires traitées par la laminectomie plastique avec ou sans greffe costale. Ces cas comprennent deux spondylites traumatiques traitées par laminectomie suivie de greffe, un cas de compression par cal déformant du premier arc lombaire, un cas de fracture de la 6e cervicale, deux cas de tumeur médullaire. Dans tous ces cas, les examens cliniques et radiologiques ont été très complets et avaient nettement posé les indications opératoires. Pour les greffes, l'auteur dédouble les apophyses épineuses et entre les deux moitiés écartées il insère un morceau de côte dédoublée. Le rapporteur n'est pas très séduit par le greffon costal et préfère le greffon tibial.

MM. *Sorrel* et *Tuffier* préfèrent également le greffon tibial rigide.

M. *Robineau* se demande pour quelle raison M. R. a jugé nécessaire dans ses deux premiers cas de faire une greffe costale.

Traitement de l'infection post abortum (*suite*). — M. *Lapointe* estime que la curette suffit en général, quand elle est bien maniée, à amener une guérison complète. Dans presque tous les cas tout se passe très simplement et ce curettage ne lui a jamais paru dangereux. Il n'y a qu'à vider l'utérus et un curettage profond n'est pas ici nécessaire comme dans une métrite. Il ne comprend pas comment on a pu conseiller de remplacer la curette par le doigt ; celui-ci est, lui semble-t-il, absolument insuffisant et ne saurait avoir l'asepsie de la curette. Aussi les cas où l'hystérectomie vaginale est indiquée lui semblent-ils bien exceptionnels et il persiste à penser que les indications en sont bien difficiles à poser. Dans un cas de grande infection septicémique, l'hystérectomie lui parut devoir être tentée. Elle fut faite par la voie haute et il est possible que la voie vaginale eût été préférable.

L'ostéosynthèse dans les fractures de l'humérus. — M. *Fredet* apporte les résultats de sa pratique dans l'ostéosynthèse de l'humérus, avec radiographies avant, après et à longue échéance. Il estime que si l'ostéosynthèse peut donner parfois des résultats déplorables entre des mains insuffisamment expérimentées, elle peut être au contraire fertile en résultats heureux lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions. Seules des statistiques intégrales nombreuses et anciennes, d'un même chirurgien, permettront un jugement précis. Chaque os doit d'ailleurs être examiné à part car chacun joue un rôle différent et se trouve dans des conditions différentes.

Depuis 12 ans il a opéré 20 fractures de l'humérus : 18 récentes et 2 pseudarthroses. Il s'agissait de fractures graves avec difficultés ou impossibilité de réduction et il en présente les radiographies.

Dans tous les cas l'évolution a été aseptique et les résultats ont été excellents. L'ostéosynthèse n'améliore pas la rapidité du cal ; au contraire même. Le cal est d'abord très volumineux mais s'améliore ensuite. Il préfère la prothèse par plaque vissée, sauf dans les fractures très obliques où la suture par colliers est plus simple. Le matériel de suture est très bien toléré et il ne lui paraît pas utile de l'enlever.

M. *Tuffier* trouve en effet que les cals obtenus sont volumineux et se demande si la présence persistante de la plaque et du matériel de synthèse n'en est pas la cause.

Présentation de malades. — M. *Auvray* présente un cas de fracture du fémur traité par ostéosynthèse il y a trois mois avec un résultat fonctionnel excellent.

M. *Dujarrier* présente deux cas de pseudarthrose, l'un du col du fémur, l'autre de la jambe, traités avec succès par greffe ostéopériostique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 juillet 1924.

Cancer du rein. Néphrectomie transpéritonéale. — M. Victor *Pauchet* présente un film sur la néphrectomie par voie transpéritonéale antérieure pour cancer du rein.

Spondylose traumatique (Maladie de Kümmel-Verneuil). — M. André *Trèves* en présente deux observations chez des femmes, l'une de 39 ans, l'autre de 60 ans. Chez l'une et l'autre, T... a observé les trois phases classiques : traumatisme rachidien, s'accompagnant de vives douleurs ; sédation, reprise des douleurs. Chez la première malade il ne s'est pas produit de gibbosité et les signes radiographiques se réduisent à de la décalcification de 3 vertèbres avec un peu d'amincissement des disques ; chez la seconde, au contraire, une cyphose dorsale est apparue progressivement, avec aplatissement des vertèbres, mais avec intégrité complète des disques intervertébraux.

La guérison est habituelle dans la maladie de Kümmel, mais l'immobilisation du rachis au moyen d'un corset en celluloïd est nécessaire en attendant la réparation.

Torsion de la vésicule biliaire. — M. *Français* fait un rapport sur une observation de M. Paul *Lutaud* sur un cas de torsion de la vésicule biliaire, qui s'était manifestée par des accidents péritonéaux avec localisation dans l'hypochondre droit où l'on percevait une masse assez volumineuse. La malade ne présentait pas d'ictère. L'intervention permit de constater une torsion qui s'était produite au niveau du cystique ; Lutaud pratiqua la cholécystectomie et sa malade guérit sans incidents.

Cette affection très rare semble résulter d'une anomalie dans les rapports de la vésicule avec le foie : absence de mésocyste, vésicule libre dans l'abdomen lui permettant de subir une torsion complète, qui ne semble pas possible lorsque la vésicule présente avec le foie les rapports normaux.

P. Peugniez fait un rapport sur une observation de M. *Dufourmentel*, intitulée : **Craquement articulaire temporo-maxillaire traité par résection méniscale.**

Sur une jeune femme atteinte de craquement de l'articulation temporo-maxillaire, M. Dufourmentel a ouvert l'articulation et ayant constaté la large incursion du ménisque en avant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique dans les mouvements d'abaissement du maxillaire, il enleva le ménisque. La malade guérit et les craquements ne reparurent pas.

Ostéite du maxillaire supérieur chez les nourrissons. — M. *Raymond Petit* présente un cas d'ostéite du maxillaire supérieur chez un enfant de 4 mois. Il n'a retrouvé que onze cas de ce genre dans la littérature.

Il est probable que l'infection a lieu le plus souvent par voie sanguine.

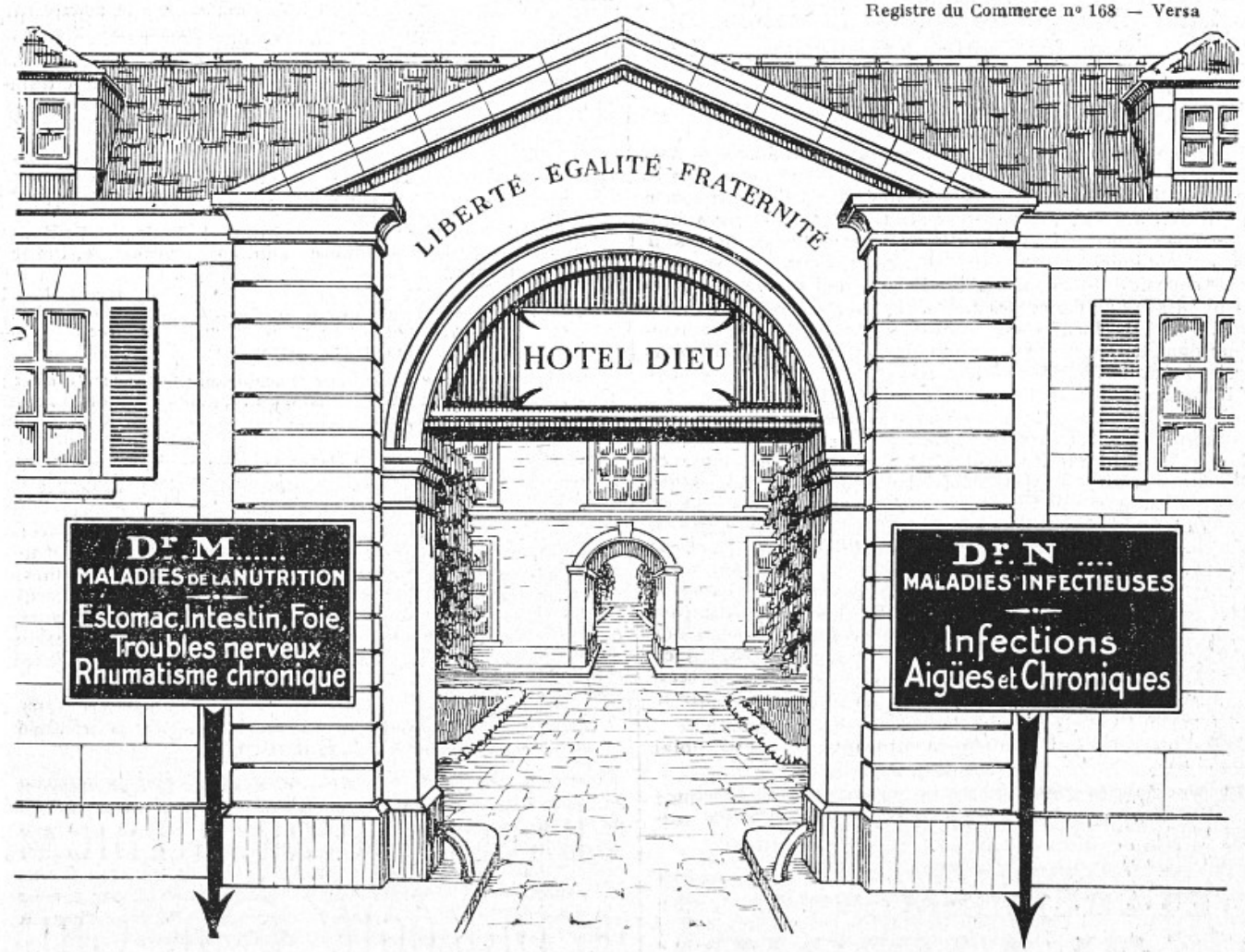
C'est une affection grave qui a donné deux décès sur douze cas.

Au point de vue du traitement, Raymond Petit pense que les voies d'accès opératoires sont commandées par le siège des abcès ; c'est par ces voies qu'il conseille un curetage prudent suivi de drainage par voie nasale. Il insiste sur les heureux résultats fournis d'une part par l'irrigation discontinue à la tochlorine (1 p. 200) et d'autre part par l'usage d'auto-vaccin sensibilisé. (*A suivre*).

© BIU Santé

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versa



PHOSOFORMÉ

DYSPEPSIES

Convalescences, minéralisant.

SOLUTION

Dose moyenne : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour, chaque cuillerée dans un grand verre d'eau, de vin sucré à prendre au cours des repas.

En débutant par 1 cuillerée à café à chaque repas et en augmentant d'une cuillerée à café chaque jour (jusqu'à la dose de 3 cuillerées à soupe par jour), on obtient la tolérance gastrique, même chez les hypersthéniques

SOLUTION ARSENIÉE

2 cuillerées à soupe par jour, prises comme ci-dessus.

GOUTTES

Dose moyenne : 100, à prendre en mangeant, dans un grand verre de boisson sucrée, midi et soir. En débutant par 25 gouttes midi et soir et en augmentant de 10 gouttes à chaque repas, jusqu'à la dose voulue, on obtient la tolérance gastrique, même chez les hypersthéniques.

Chaque flacon est pourvu d'un compte-gouttes portant traits marqués a 25 et 50 gouttes.

PHOSPIRINE

NÉVRALGIES, RHUMATISMES

COMPRIMÉS ET CACHETS

Doses : 2 à 6 comprimés ou cachets pris en mangeant ; à distance des repas faire prendre en même temps un grand verre d'eau.

PHYSIOSTHÉNINE

Sérum leucogène

GRIPPE, ANGINE, BRONCHO-PNEUMONIE
FIÈVRE TYPHOIDE, PARATYPHOIDE,
FIÈVRE PUERPÉRALE
ET TOUTES LES INFECTIONS
aiguës ou chroniques, excepté Tuberculose

PAS DE PHÉNOMÈNE DE CHOC
PAS DE RÉACTION SÉRIQUE
TOXICITÉ NULLE

Injections à la seringue
1° Intra-musculaire, région fessière
2° Sous-cutanée dans le tissu cellulaire abdominal.

Ampoules Adultes — Ampoules Enfants

SALYSERUM

LOMBAGOS, SCIATIQUE, RHUMATISME aigu, etc.

2 ampoules loco-dolenti

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

Indications et résultats du traitement par la Haute Fréquence

La haute fréquence, dont l'emploi en médecine se généralise chaque jour davantage, doit sa vogue à sa *parfaite innocuité* dans tous les cas et à la facilité de son application qui est du domaine de tous les médecins sans entraînement spécial.

Les indications en sont multiples, mais son action se rapporte avant tout à trois grands ordres de faits :

1° Elle est analgésiante ; 2° elle est décongestionnante ; 3° elle est eutrophique.

On conçoit dès lors son action d'abord palliative, puis réellement curative au cours des algies, des contractures et des spasmes. Ses effets bienfaisants sont un adjuvant également heureux dans le traitement des paralysies, et notamment des paralysies infantiles.

Décongestionnante et antispasmodique, elle agit fort activement sur tous les processus congestifs abdominaux, soit au cours des menstruations douloureuses, soit au cours des inflammations chroniques des organes génitaux de la femme ou des annexes du tube digestif (vésicule biliaire). Non seulement la haute fréquence trouve dans les applications gynécologiques un domaine très étendu, mais encore elle constitue le traitement spécifique des hémorrhoïdes et des fissures à l'anus.

Localement on obtient sur la peau les meilleurs résultats dans le traitement des acnés, de la séborrhée des parties glabres et du cuir chevelu, ainsi que sur certains eczémas torpides.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux troubles circulatoires localisés (couperoses, asphyxies locales, engelures) ou généraux (artériosclérose) où les effets de la haute fréquence n'offrent les avantages d'une médication utilement adjuvante.

Il faut noter que les stomatologistes, les urologues et les spécialistes de la gorge, des oreilles, du nez et des yeux font de la haute fréquence un usage journalier.

Mais la haute fréquence est la véritable arme du praticien un peu supérieur, car elle lui permet de moderniser son arsenal et d'obtenir des effets inattendus dans les cas si nombreux où toutes les autres médications n'ont laissé qu'une notion d'impuissance.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de l'amateur : **Abraham Bosse et la Société Française au dix-septième siècle**, par André Blum, docteur ès-lettres, Préface de Gabriel Hanotaux, de l'Académie Française. L'ouvrage forme un beau volume in-4° (18,5×23,5) de XXVI-224 pages de texte, avec 24 planches hors-texte en héliotypie. Il est présenté avec le luxe coutumier aux volumes de cette collection. Broché : 50 fr. — Relié demi-chagrin, tête dorée : 75 fr.

Paraîtra prochainement dans la collection : *Documents d'art* : **L'œuvre graphique du XVIIe siècle. L'œuvre gravé d'Abraham Bosse**, par André Blum, docteur ès-lettres. Un album in-4° (18×24) de 44 planches en héliotypie reproduisant les pièces essentielles de l'œuvre du graveur, et de 88 pages de texte, avec introduction et catalogue raisonné. En portefeuille : 50 fr. — Relié demi-chagrin, tête dorée : 75 fr. Editions Albert Morancé, à Paris, 30 et 32, rue de Fleurus.

Le bon goût de l'art classique n'a pas trouvé grâce devant les romantiques, qui lui ont reproché son sens de la règle et la dignité faite, suivant eux, d'une fausse noblesse, dépourvue du sentiment de la vie. Ils ont critiqué la solennité un peu guindée de l'époque Louis XIV.

Cette impression d'ennui que laisse la pompe roide du XVIIe siècle fait désirer de trouver pendant cette période des œuvres pleines de saveur où la touche soit franche et sincère et où le dessin n'ait pas peur d'exprimer la vérité. L'artiste assez audacieux pour traduire librement ce qu'il voyait, sans chercher avant tout à plaire au roi et à suivre des règles consacrées, est rare. Ce fut cependant le cas du graveur Abraham Bosse, calviniste tourangeau, qui

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établ^ts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
ST-PHILIPPE-DU-ROULE

TÉLÉPHONE : ELYSÉE 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La simple section longitudinale sous-muqueuse du sphincter pylorique peut-elle remplacer, dans certains cas, la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac ?

Par le Dr M.-J. Epstein.

Parmi les cas cliniques opérés par moi pendant que j'étais, au cours de la guerre civile, chirurgien en chef de l'hôpital militaire chirurgical 1103, en Sibérie, où, très souvent j'opérais aussi dans les hôpitaux civils, se trouve le cas suivant que je me suis décidé à publier ; car j'ai appris qu'une opération, tout à fait analogue à celle exécutée par moi, se pratique en Allemagne, pour le traitement du pyloro-spasme des nouveau-nés sous le nom d'opération de Weber-Ramstedt.

Il s'agissait d'un homme de 32 ans, de taille et de constitution moyennes, cliniquement exempt de syphilis, sans tare héréditaire ou personnelle digne d'être notée, ayant présenté depuis un an et demi trois gastrorragies, dont une hématémèse assez abondante, et ayant en outre présenté maintes fois des fèces noirâtres sans qu'aucun autre signe d'hémorragie interne se manifestât. Il souffrait parfois de doulours violentes, survenant par véritables crises, surtout après des repas copieux ou épicés. Ces douleurs étaient localisées dans la partie supérieure de l'épigastre avec irradiations fréquentes dans le dos. Elles se sont amendées sous l'influence d'un régime alimentaire plus approprié. Il y a un an environ, le malade a eu une crise douloureuse qui a duré deux semaines. Sans qu'il ait ressenti de violente douleur soudaine, toute la partie supérieure de l'abdomen est devenue très sensible. Le malade a été forcé de s'aliter pendant plusieurs jours avec des nausées, un léger mouvement fébrile, un pouls rapide. Une deuxième fois, il y a cinq mois environ, une nouvelle crise est apparue qui a duré huit à neuf jours, consistant en douleurs vagues et continuelles dans toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen, suivies de nausées et d'anorexie ; depuis ce temps la malade s'affaiblissait de plus en plus ; en dépit de la faim, les douleurs rendaient l'alimentation presque impossible.

Le malade est actuellement très amaigri, il se plaint de douleurs presque continuelles, mais s'accentuant surtout une demi-heure après le repas, même si le malade n'a absorbé que du lait ou des œufs. Il présente souvent des vomissements acides, plus rarement de véritables vomissements.

A la palpation on constate que l'estomac est abaissé un peu au dessous de l'ombilic. Il existe une sensibilité générale de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche, avec douleur nette à la pression dans la partie supérieure et gauche de l'épigastre. On retrouve en outre des points douloureux spinaux.

L'examen du suc gastrique, après repas d'épreuve, a été fait ; il a montré une acidité totale de 72, et 27 d'acide chlorhydrique libre. L'examen des fèces a révélé des quantités légères de sang.

Comme on se trouvait en présence d'un ulcère saignant de l'estomac qui ne céderait évidemment pas au traitement médical, le médecin traitant insistait en faveur d'une opération que j'hésitais à entreprendre à cause de la faiblesse générale du malade et de son amaigrissement considérable. Cependant en face de l'affaiblissement continuel du malade je me suis décidé à tenter la gastro-entérostomie. Sous chloroforme, j'ai fait une incision médiane sus-ombilicale ; après ouverture du péritoine, j'ai trouvé l'estomac abaissé, et dilaté ; la région pylorique au contraire était en état de contracture. Le pylore, libre d'adhérences, ne présentait ni épaississement, ni cicatrice ; par contre, un peu en dehors de la petite courbure, j'ai constaté par la palpation, dans les parois de l'estomac, une zone épaissie qui correspondait probablement à l'ulcère, mais les adhérences rendaient sa découverte complète impossible. Malgré la présence de l'ulcère j'ai dû renoncer à faire la gastro-entérostomie à cause des adhérences anciennes et multiples, parfois très larges, et orientées dans toutes les directions. Elles étaient visiblement les séquelles d'une périgastrite, ou de périgastrites successives. Il aurait été absurde, étant donné l'état du malade, de tenter la libération de toutes les adhérences, ce qui aurait été nécessaire pour réaliser une gastro-entérostomie, sans craindre pour la suite d'occlusion intestinale.

Dans la perplexité, vu l'état du pylore et la stase gastrique d'une part, et d'autre part l'état du malade, qu'une opération trop longue et trop complexe aurait pu laisser sur la table d'opération, j'ai eu l'idée de tenter la section du sphincter pylorique, de réaliser somme toute une intervention analogue à celle où on coupe le sphincter anal, sans que, le plus souvent, l'incision linéaire, et nette, en abolisse la fonction.

Par une incision longitudinale, longue de 8 à 10 cm. environ, à distance égale du bord supérieur et du bord inférieur, en commençant un peu au-delà de la région dite valvulaire, qui marque le lieu de passage entre l'estomac et le duodénum, et allant dans la direction de l'antre pylorique, je divisai prudemment le péritoine, et la couche musculaire du pylore, ne m'arrêtant qu'à la couche celluleuse lâche que forme la sous-muqueuse. La muqueuse et presque toute la sous-muqueuse restaient intactes.

A l'endroit correspondant au sphincter pylorique, l'incision doit se faire en entonnoir, pour couper les fibres qui s'enfoncent vers le pli de la muqueuse formant la valvule ; c'est le moment le plus délicat du procédé, car il ne faut pas léser la muqueuse, et il faut autant que possible menager la sous-muqueuse. L'hémorragie a été vraiment minime. Après avoir placé quelques sutures au catgut rien que sur le péritoine, et avoir sectionné trois des adhérences qui tiraient le plus, j'ai remis le tout en place, et refermé l'abdomen. La plaie opératoire a guéri par première intention, Les suites opératoires ont été normales. Le malade a suivi un régime analogue à celui qu'il observait avant l'opération ; au bout de deux semaines, les douleurs ont nettement diminué. Malgré la section du sphincter pylorique et sa disjonction, 3 semaines après l'intervention, on a pu constater, en faisant absorber de la bouillie bismuthée au cours d'un examen radioscopique, que le pylore était relativement peu mobile, mais ne présentait, ni élargissement, ni bosselure, ni rétrécissement. Un examen du suc gastrique 4 semaines après l'opération a montré une légère diminution de l'acide chlorhydrique libre, et de l'acidité totale. Un examen des fèces 6 semaines après l'opération n'a pas fait déceler de sang. Au bout de sept semaines le malade avait augmenté de 3 kilogs et demi. Les régurgitations acides avaient presque complètement disparu, les douleurs spontanées après le repas s'étaient amendées, son état général allant s'améliorant de plus en plus, au bout de 3 mois et demi le malade a été perdu de vue.

On se trouvait ici en présence d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac, n'ayant pas infiltré la région pylorique qui était libre de cicatrice. La contraction spasmodique du pylore était due probablement à l'irritation nerveuse. On était donc en face d'un cercle vicieux : le spasme amenait la stase gastrique, l'irritation causée par la stase augmentait le spasme. Cette situation a cédé à la section du sphincter pylorique ; la stase a diminué, les phénomènes pathologiques se sont amendés, les hémorragies ne se sont pas répétées ni macroscopiquement, ni à l'analyse chimique des excréments.

Des expériences sur le chien pour élucider ce que devenait le pylore après la section du sphincter, ont montré que, bientôt, tant à l'examen macroscopique, qu'à l'examen microscopique, on ne pouvait déceler qu'une cicatrice minime. D'autre part l'ouverture d'un chien en pleine digestion, a montré que trois mois après l'opération, le pylore quoique moins mobile qu'à l'etat normal présentait une

© BIU Santé

transmission nette des ondes de contraction stomacales, et remplissait son rôle sans présenter de dilatation ni de rétrécissement.

Comment expliquer ce résultat ? *a*) ou bien l'action a été plutôt mécanique en écartant l'obstacle mécanique et ses conséquences : *b*) ou bien encore le résultat a été dû à la destruction du plexus nerveux très important du pylore, ce qui a modifié l'innervation gastropylorique, et peut être même, d'une façon indirecte, non seulement la fonction trophomotrice de l'estomac, mais aussi sa sécrétion. Je me demande même si on ne doit pas rapprocher ce résultat de celui obtenu dans les sympathectomies, proposé par Leriche, pour le traitement des ulcères trophiques, puisque on a une tendance marquée à considérer l'ulcère d'estomac, comme d'origine trophique.

Bien entendu, cette méthode ne peut être appliquée que dans des cas où le pylore n'est pas trop mutilé par des cicatrices, dans ce cas la muqueuse infiltrée ne se laissera pas distendre, et l'obstacle persistera.

Quoi qu'on dise de bon de la gastro-entérostomie comme thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac et les opinions sont loin d'être d'accord là dessus), je ne crois pas qu'on puisse prétendre que le passage des aliments par la voie normale ne soit pas préférable (action des sécrétions pancréatiques et biliaires sur le contenu gastrique), est pour plaider en faveur de la méthode exposée.

Je ne cache pas tout ce qu'il y a de hasardeux à juger d'après un seul cas ; c'est pour cela que je ne soumettrai pas ce cas à une analyse détaillée, car je suis en train, actuellement, d'organiser des expériences chez le chien dans le but d'élucider l'action de la section du sphincter pylorique sur la sécrétion stomacale, de même que sur la mobilité et l'innervation trophique de l'estomac, afin d'appliquer systématiquement et méthodiquement ce procédé à la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac.

THÉRAPEUTIQUE HYDROLOGIQUE

Les cures hydro-minérales dans les dermatoses

Par le Dr **Louis BORY**.

Comme l'a écrit M. Brocq, dans son « Traité de Dermatologie pratique », on peut dire que les eaux minérales ne sont jamais indispensables pour guérir une dermatose. « Un séjour dans une clinique ou dans un hôpital, avec des pansements bien faits, sous une habile direction, est presque toujours plus utile à un malade atteint d'une affection cutanée qu'un séjour de même durée dans une station hydro-minérale. » Bien que le fait ne soit pas tout à fait exact, dans la cure de certains prurits par exemple où le séjour aux eaux vaut certainement mieux que le traitement le mieux suivi dans une maison de santé, il est sûr que, du point de vue dermatologique pur, la plupart des dermatoses peuvent guérir sans le secours des eaux minérales. Mais j'ajouterais volontiers le corollaire suivant à cet aphorisme : la maison de santé idéale pour le traitement des affections dermatologiques serait celle qui, utilisant des eaux minérales appropriées, combinerait à leur action tous les moyens physico-chimiques dont nous disposons actuellement dans ce but ; la balnéothérapie tient ou devrait tenir une si importante place dans la cure des dermatoses que seules les ressources d'une station hydro-minérale importante pourraient nous donner, à nous dermatologistes, les moyens de guérir dans le minimum de temps et avec le moins de désagrément, pour eux et leur famille, les malades relevant de notre spécialité. La durée limitée des saisons thermales et leur éloignement des grands centres n'a pas permis jusqu'à ce jour la spécialisation véritable d'une de ces stations. Leur concours n'en est pas moins précieux, par la double action qu'elles permettent d'exercer périodiquement, et de façon simultanée, sur l'état local de la peau et sur le fonctionnement général des organes.

C'est assez dire que les indications peuvent varier à l'infini suivant le diagnostic et la forme de la dermatose et suivant le terrain individuel qui paraît favoriser sa persistance ou ses récidives. L'indication hydro-minérale est elle-même un véritable diagnostic, souvent fort délicat à établir.

Un premier point qui décide de l'indication est le suivant : pour qu'une dermatose soit envoyée dans une station, il faut que cette dermatose ait un caractère rebelle ou récidivant ; les eczémas, les parakératoses (eczématides, séborrhéides), le psoriasis, les lichens, les prurits, les tuberculides, les acnés, et toutes autres complications de la séborrhée sont justiciables des eaux minérales.

Un deuxième point est la recherche de l'eau dont l'action topique et l'action générale combinées sont le plus favorables dans un cas déterminé ; c'est le point le plus délicat. Pour le fixer, il faut opérer un classement des eaux suivant ces deux modalités.

***

1° *Au point de vue de l'action locale*, on peut classer les eaux en deux catégories principales : les sédatives, les excitantes.

1° Les eaux sédatives

Ce sont les alcalines, les sulfatées, les sulfurées sodiques faibles.

Les *alcalines* sont les bicarbonatées sodiques (Vichy, Sail, Néris).

Les bicarbonatées calciques (La Roche-Posay).

Les bicarbonatées calciques et magnésiennes (St Christau).

Elles répondent plus particulièrement aux dermatoses anciennement appelées diathésiques irritables, avec des indications plus spéciales dictées pour la Roche-Posay par la présence de la silice et de traces de sélénium (eczémas irritables, prurits) et pour St-Christau par l'association du fer et du cuivre (eczémas impetiginisés, eczématisations, lichénifications, leucoplasies).

Les *sulfatées* sont les sulfatées calciques chaudes de Bagnères-de-Bigorre, d'Ussat, en France et de Louèche en Suisse.

Les sulfatées chlorurées faibles de St-Gervais ont une action sédative locale très nette qui les recommande pour toutes les dermatoses irritables, prurigineuses, les eczémas, les prurigos, les urticaires.

Les *sulfurées sodiques faibles* comportent des stations telles que Molitg, St-Sauveur, les sources dégénérées de Luchon et d'Aix-les-Bains, les Eaux-Chaudes.

Plusieurs de ces eaux sont radio-actives et cette propriété est précieuse pour obtenir la sédation des symptômes d'irritation cutanée, en particulier le prurit ; les eaux de Sail-les-Bains sont parmi les plus radio-actives.

2° Les eaux excitantes

Interdites aux dermatoses irritables, en ce qui concerne au moins la balnéothérapie, ont comme indication générale les dermatoses sèches et torpides.

Les *eaux sulfurées sodiques fortes* (Barèges, certaines sources de Luchon) conviennent aux tuberculoses locales,

© BIU Santé

à certaines parakératoses rebelles, les parapsoriasis par exemple, les psoriasis non irritables.

Les *eaux sulfurées sodiques moyennes* (Cauterets, Luchon, Le Vernet). Amélie-les-Bains, malgré une sulfuration assez faible, rentre dans la catégorie des eaux excitantes, ce caractère excitant paraissant aussi bien lié à l'hyperthermalité de ces eaux.

Elles conviennent aux folliculites rebelles, aux acnés, aux séborrhéides

Les *sulfurées calciques* et sulhfydriquées (Enghien, Allevard) ont les mêmes indications ; elles sont peu convenables, dans l'état actuel des installations, aux tempéraments nerveux et congestifs ; elles réussissent bien dans les formes sèches d'eczéma chronique, l'acné, le psoriasis, les lichénisations, les parakératoses, la séborrhée.

Les *chlorurées sodiques* faibles et moyennes sont peu indiquées dans les dermatoses ; au contraire les chlorurées fortes (Salies-de-Béarn, Briscous-Biarritz, Salins-Moutiers, Salins-du-Jura, La Mouillère-Besançon) sont efficaces dans les tuberculoses locales et dans les tuberculides.

Les *sulfurées chlorurées*, dont le type est Uriage, pourraient constituer un groupe spécial intermédiaire à ceux des stations localement excitantes et sédatives, grâce à leur chloruration moyenne et leur minime sulfuration. Elles sont particulièrement recommandables pour toutes les dermatoses infantiles.

***

Au point de vue de l'action générale, plus utile bien souvent que l'action topique, on peut diviser les eaux d'usage dermatologique en trois catégories :

Eaux sédatives, dépuratives, reconstituantes.

Quelques-unes ont l'avantage de combiner ces propriétés.

1° Les eaux sédatives

Sont presque exclusivement des eaux thermales simples, peu minéralisées, souvent radio-actives et dont l'action n'est pas toujours facile à expliquer par la composition même de ces eaux. Le type de ces stations est représenté par *Néris*, où seront adressés surtout les prurits d'origine nerveuse (tabétiques ou névrosés) et les dermatoses prurigineuses des neuro-arthritiques, qui bénéficieront de l'action sédative de l'eau (locale et générale) combinée à son action dépurative due aux faibles quantités de bicarbonate de soude et de sulfate de soude qu'elle contient.

Plombières, aux eaux puissamment radio-actives, revendique les dermatoses très irritables, les prurits, les affections cutanées sous la dépendance du mauvais fonctionnement du tube digestif et exagérées par un tempérament névrosique.

Les eaux de *Sail-les-Bains*, les plus radio-actives de France (Nogier), ont les mêmes indications.

Celles de la *Roche-Posay* sont à peu près identiques ; bicarbonatées calciques, silicatées et légèrement radio-actives, elles contiennent en outre de faibles quantités de sélénium, métalloïde très voisin du soufre, ce qui explique leur action sur les eczémas suintants, prurigineux, irritables, sur le prurit en général et sur les prurigos, enfin dans la variété de prurigo la plus rebelle, le Prurigo de Hebra. A *Saint-Gervais*, la cure thermale et la cure climatique associent leurs effets sédatifs.

2° Les eaux dépuratives

Sont celles qui répondent le mieux au traitement des causes générales, internes, des dermatoses. Elles s'adresseront donc essentiellement aux diverses insuffisances organiques, c'est à-dire qu'elles tendront à relever leurs fonctions d'assimilation (action sur le tube digestif), les fonctions de neutralisation des toxiques (action sur le foie), les fonctions d'élimination (action sur les émonctoires, rein, intestin, téguments). On comprend qu'il soit difficile de donner des indications précises sur ce point qui relève plus de la médecine générale que de la dermatologie pure et dont l'importance montre bien combien notre spécialité est étroitement dépendante d'une science médicale étendue.

Schématiquement, l'action sur le tube digestif et sur le dysfonctionnement hépatique pourra s'exercer dans la plupart des stations d'eaux bicarbonatées et alcalines en général, naturellement ou artificiellement sulfatées sodiques et magnésiennes (Vichy, Brides, Châtel-Guyon). Brides, Vichy sont plus particulièrement indiqués dans les dermatoses des obèses et des diabétiques ; Châtel-Guyon, Plombières dans les dermatoses d'origine intestinale (acnés, prurigos, urticaires, prurits localisés).

Quant aux cures d'élimination, de désintoxication, s'adressant aux divers émonctoires, on peut dire qu'elles trouvent à s'exercer, peut-on dire, dans toutes les stations hydrominérales ; il suffit de se rappeler à ce propos la la phrase de Potain, que citait souvent mon maître Gaucher : « Avec une carafe je peux réaliser à la fois un effet diurétique, un effet purgatif, un effet sudoral. »

Effet diurétique, si l'eau est bue en abondance, à doses fractionnées ;

Effet purgatif, si elle est bue d'une façon massive ;

Effet sudoral, si elle est bue chaude.

Cependant les eaux diurétiques de Vittel, Contrexéville, la Preste, Aulus, Capvern, peuvent se trouver plus particulièrement indiquées ; de même les eaux laxatives de Châtel-Guyon, Brides ; de même les eaux sudorales d'Aix-les-Bains, qui, en plus de leur action désintoxicante ont, grâce à leur faible sulfuration, une action très favorable sur la nutrition générale et la nutrition cutanée.

3° Les eaux reconstituantes

Comportent pour nous trois catégories :

Les eaux chlorurées, iodo-bromurées utiles aux cas de dermatoses scrofuleuses ou tuberculoïdes.

Les eaux arsénicales.

Les eaux sulfureuses.

De toutes les eaux arsenicales, celles de *La Bourboule* ont acquis la plus juste renommée dans le traitement de la plupart des dermatoses (tuberculides, en particulier érythème induré, lichen scrofulosorum ; — eczémas non infectés ; — psoriasis, pityriasis rubra, ichtyose) surtout de celles portées par des organismes faibles, languissants, débilités, lymphatiques, ganglionnaires, scrofuleux, syphilitiques héréditaires.

Quant aux eaux sulfureuses, bien que leur rôle reconstituant soit moins fréquemment admis que leur action locale, il nous paraît au contraire primordial dans la plupart des cas, comme nous l'avons indiqué avec Flurin, soit qu'il agisse spécifiquement sur la nutrition cutanée (on connaît son influence favorable et quasi-spécifique sur les états séborrhéiques et parakératosiques), soit qu'il modifie profondément le terrain morbide ; soit enfin qu'il agisse comme antitoxique et désensibilisant. C'est pourquoi toute la gamme du soufre, depuis les sulfurées les plus faibles jusqu'aux sulfurées moyennes (dont le type est *Cauterets*) et aux sulfurées fortes (Luchon, En-

◆

© BIU Santé

ghien), en passant par les sulfurées mixtes d'*Uriage* et les sulfureuses arsenicales de *Saint-Honoré-les-Bains*, nous paraît répondre à toutes les indications locales et générales du traitement hydro-mineral des dermatoses.

XXVIIIe CONGRÈS
DES MÉDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES

Bruxelles, 1-7 août 1924

1er RAPPORT

Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale

Par les Drs SIMON et VERMEYLEN.

Les rapporteurs qui sont l'un et l'autre des spécialistes de la psychométrie fournissent sur les débiles des renseignements extrêmement précieux et qui éclairent cette question encore embrouillée sur beaucoup de points.

Ils proposent de donner à la débilité mentale des limites fixes, établies rationnellement et ne dépendant pas d'impressions variables suivant les observateurs. A 5, 6 et 7 ans un retard de moins d'un an contrôlé par les tests Binet-Simon a une signification de débilité. Un écart d'un an est valable pour les sujets âgés de 8 et 9 ans. Puis à 10 et 11 ans c'est un retard de 2 ans qu'il faut admettre, à 12 ans c'est un retard de 3 ans, à 13 ans un retard de 4 ans, à 14 ans un retard de 5 ans.

Ce retard peut être indiqué par un nombre qu'on appelle le quotient mental, obtenu en divisant l'âge du niveau par l'âge réel. En conséquence, la normalité est indiquée par un quotient égal à l'unité ou à 0.90.

Dans les cas de retard réel, on voit donc que les quotients de 0,80 et 0,85 sont des quotients de débilité chez les jeunes enfants, un quotient de 0,75 possède à 12 ans une signification analogue et un quotient de 0.65 à 14 ans.

Il ne faut pas s'étonner que le quotient soit si faible aux âges de 12, 13 et 15 ans, car les rapporteurs admettent que le niveau mental des adultes et même des adultes moyennement doués ne dépasse guère le niveau d'un enfant de 15 ans. Beaucoup d'adultes normaux n'ont que des développements de 10 à 12 ans. En passant, il est bon de signaler aux médecins experts cette gradation qui leur permettra désormais de donner une indication exacte de la débilité mentale d'un coupable.

Les rapporteurs fournissent des précisions sur l'avenir présumé d'un anormal et ils distinguent : 1° les chances qu'un enfant a d'avancer ; 2° la quantité de progrès qu'on peut espérer.

Ces notions dépendent du quotient : pour les enfants dont les quotients vont de 0,10 à 0,40 les chances sont de 63 % ; pour les enfants dont les quotients sont de 0,50 et plus les chances d'avance s'élèvent à 0,78 %. Pour les sujets plus âgés les chances s'accroissent sans que leur quotient ne dépasse pas 0,7.

Les progrès qu'on peut espérer sont les suivants : pour les quotients de 0,1 à 0.5 l'avance est à peu près la même quel que soit l'âge des sujets. Avec un quotient de 0,6 les jeunes ont un avantage plus notable, car il est de 3 mois 1/2 par an.

Pour les quotients de 0,7 à 0,9 la différence en faveur des jeunes reste d'un mois.

Les formes cliniques basées sur les méthodes du Dr Vermeylen sont les suivantes : 1° le débile pondéré dont les facultés sont toutes également retardées ; 2° le sot : qui présente une insuffisance générale avec des défaillances du jugement et du sens critique ; 3° le débile instable, qui n'est pas un type pur puisque l'instabilité est une tare caractérisée ; mais cette association se répercute sur le profil psychologique ; 4° le débile émotif.

En outre le rapport indique les formes compliquées d'épilepsie, de délinquance et d'apathie. Cette façon d'envisager les faits est bien arbitraire : l'apathie est un trouble du caractère au même titre que l'instabilité, et on se demande pourquoi la débilité avec instabilité étant une forme clinique, la débilité avec apathie est une forme compliquée ?

La débilité mentale avec délinquance est exposée d'une façon trop sommaire : si l'immoralité est d'origine constitutionnelle, c'est une forme clinique ; si elle est acquise c'est une forme sociologique. Il est impossible de dissocier les tares mentales, caractérielles et morales, et ce qui le démontre, c'est le résultat de l'analyse psychologique des débiles. En tous cas les méthodes des rapporteurs nous permettent de faire d'une façon rapide et scientifique un examen et du niveau mental et des aptitudes individuelles : c'est un résultat important, qui souligne la valeur de ce rapport.

2e RAPPORT

L'adaptation du malade mental à son milieu

Par le Dr SANO.

Ce rapport s'occupe uniquement du psychopathe bénéficiant de l'assistance familiale. L'adaptation est considérée à trois points de vue : 1° L'adaptation biochimique. On doit veiller sur la nutrition du malade et ne pas oublier que l'état de stabilité dépend en grande partie de la régularité des échanges. Mais ce serait une erreur de rechercher pour l'aliéné une augmentation de la masse ; il ne faut jamais dépasser la moyenne et pour ce faire il y a lieu de contrôler les échanges ;

2° L'adaptation psychique : celle-ci dépend surtout des premières impressions que font les situations nouvelles, aussi les détails de l'admission doivent-ils être particulièrement soignés. Les placements doivent s'inspirer des besoins des malades : besoins affectifs, besoins de protection, et aussi besoins d'idéalisme. Le Dr S. appelle ainsi l'ensemble des senti- ments qui font que tout individu désire se situer dans le monde, justifier son rôle et son existence. La bonté et le dévouement sont des qualités indispensables aux nourriciers ;

3° L'adaptation sociale : parmi les malades les uns ne quittent guère le logis des nourriciers et aident à quelques travaux, mais il en est d'autres qui s'en vont travailler chez le voisin ou essayent de faire quelque métier lucratif. Il ne faut pas oublier que certains assistés se mêlent aux fêtes populaires et remplissent des fonctions sans trop d'infériorité. En un mot le devoir de la colonie est de donner à tous en tout temps l'occasion de maintenir le jeu normal des fonctions psychiques, de continuer le contact avec l'organisation sociale.

3e RAPPORT : **Comment étudier les troubles du langage**

Par M. J. FROMENT (de Lyon).

Au milieu du conflit d'affirmations contradictoires, des points de vue opposés et inconciliables, il n'est pas toujours aisé de déterminer, qu'il s'agisse des données anatomiques, des données psycho-physiologiques, voire même des données cliniques, quelles sont celles qui peuvent, en toute sécurité, être considérées comme certaines. Aussi convient-il de reprendre méthodiquement l'œuvre de révision commencée par P. MARIE et de l'étendre à tous les problèmes qu'embrasse la question des troubles du langage. Mais quels sont ceux de ces problèmes dont la solution s'impose d'abord ? Avant d'adopter l'une des conceptions, voire même l'une des classifications des troubles du langage qui ont été proposées, avant de jeter les bases des conceptions et des classifications nouvelles, on doit s'attacher d'abord à l'analyse clinique et phonétique des principaux troubles du langage afin d'établir objectivement en quoi ils consistent. C'est parce que l'on ne s'est pas suffisamment attaché à cette analyse phonétique méticuleuse et systématique,

© BIU Santé

parce qu'à cet égard on a beaucoup plus supposé que démontré, que l'on s'est exposé aux contradictions récentes.

Problèmes anatomo pathologiques. — On ne doit demander en aucun cas, aux recherches anatomo-pathologiques, la justification et la vérification des conceptions émises. Quand bien même il serait définitivement démontré que l'aphasie motrice est sous la dépendance d'une atteinte de la région lenticulaire, il n'en résulterait pas que la conception de l'anarthrie a fait ses preuves ; seule une analyse clinique rigoureuse est susceptible de nous apprendre ce qui empêche l'aphasique dit moteur de parler.

L'anatomie pathologique n'est pas susceptible, en l'état actuel de nos connaissances, d'étayer une étude et une classification rigoureuse des troubles du langage. Trop de points demeurent incertains. Quels renseignements demander à la méthode anatomo-clinique quand la nature exacte d'un trouble tel que l'aphasie dite motrice n'aura pas été définitivement élucidée, tant que l'on n'aura pas établi, sans discussion possible, s'il tient a une perturbation de la coordination articulaire, de la mémoire verbale ou de l'intelligence. Les constatations anatomiques sont de toute évidence impuissantes à trancher le débat et leur interprétation inévitablement hypothétique reste sujette à conteste.

Il paraît difficile de voir dans le quadrilatère de P. Marie autre chose qu'une localisation d'attente. En effet, il est toute une série d'affections qui, atteignant le quadrilatère gauche dans l'une de ses parties, ne réalise nullement le syndrome aphasie motrice pure dite anarthrie, non plus que le syndrome aphasie motrice type Broca. Il en est ainsi des ramollissements multiples observés chez le pseudo-bulbaire dont les troubles de la parole du type dysarthrique n'ont en réalité aucun rapport avec les précédents. Il en est de même de toute une série d'affections du corps strié récemment étudiées par Wilson, Oppenhem, O. et C. Vogt dans lesquelles les troubles de la parole facteurs de l'hypertonie ont encore un autre aspect. Il resterait donc à spécifier quelles sont les parties du quadrilatère dont l'atteinte est susceptible de réaliser le syndrome aphasie motrice.

Psycho-physiologie du langage. — L'articulation et l'écriture sont des actes qui échappent à toute direction, à toute coordination consciente, que nous exécutons machinalement, aveuglément, sans les connaître. Seuls les procédés d'inscription utilisés en phonétique ont pu montrer en quoi consistaient l'articulation des 44 sons fondamentaux ou phonèmes qui sont utilisés dans la langue française et qui représentent les 44 notes du clavier articulaire. La mémoire motrice est une mémoire inconsciente et, pourrait-on dire, organique qui tient sous sa dépendance des habitudes articulaires et des habitudes graphiques, mais ne nous en donne d'aucune manière l'image. Les prétendues images motrices articulaires et graphiques ne correspondant à aucune réalité, ce sont de simples vues de l'esprit que ne légitiment ni l'étude de l'homme normal, ni celle de l'aphasique et de l'halluciné.

On ne peut nier, par contre, la réalité des images auditives et visuelles verbales qui sont bien de véritables images mentales ; c'est sur elles seules que repose la notion du mot. L'évocation des images auditives, verbales, suffit à déclancher comme un réflexe les habitudes articulaires correspondantes aux phonèmes qui entrent dans la constitution des dits mots. L'évocation des images visuelles verbales met en jeu et dirige les habitudes graphiques qui y ont été associées.

Le langage intérieur est, chez tout individu, constitué par les images auditives verbales avec ou sans accompagnement moteur (articulation ébauchée) avec ou sans évocation concomitante des images visuelles verbales. D'intensité habituellement faible, il acquiert parfois, même à l'état normal, une plus grande sonorité et prend le timbre des voix connues.

Dysarthries. — C'est en se fondant sur l'étude des dysarthries proprement dites (paralysie glosso-labio-laryngée, paralysie pseudo-bulbaire, sclérose en plaques, syndrome cérébelleux) qu'il faut d'abord chercher à préciser quels sont les caractères phonétiques des troubles avérés du mécanisme articulaire. Mais il ne faut en aucun cas, prendre pour type de dysarthrie, les troubles de la parole du P. G. qui comportent l'association à une dysarthrie des troubles de la mémoire verbale.

Le test des mots d'épreuve n'est pas un critère susceptible d'établir l'existence d'un trouble du mécanisme articulaire. La formule phonétique, par contre, en est pathognomonique. Ce sont, pour un cas donné, toujours les mêmes phonèmes qui sont indistincts et ils le sont dans des conditions bien définies : les troubles répondent à une véritable constante qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

Aphasies. — Les troubles de la parole qui caractérisent l'aphasie type Broca et l'aphasie motrice pure (anarthrie de P. Marie) ne sont au contraire que paradoxes au point de vue phonétique. Le même phonème, aisément et correctement prononcé dans un mot, ne peut plus être prononcé s'il s'agit d'un autre mot, ni même à l'état isolé. Mais par un pointage méthode après inventaire de tous les mots qui échappent encore au malade, on peut montrer qu'aucun phonème ne manque réellement à l'appel, qu'aucun procédé articulaire n'est vraiment perdu. Il ne peut être ici question ni de trouble de la coordination articulaire, dite anarthrie, ni de perte du souvenir des mouvements articulaires ; la formule phonétique de l'aphasie motrice type Broca, comme celle de l'aphasie motrice pure, n'autorise aucune de ces deux hypothèses.

La conception qui paraît le mieux rendre compte de toutes les particularités, de tous les paradoxes de l'aphasie, est la suivante. Qu'il s'agisse d'aphasie d'expression, dite motrice, ou d'aphasie de compréhension, dite sensorielle, ce sont toujours le souvenir auditif et visuel du mot qui sont en cause. Mais tandis que dans l'aphasie dite sensorielle il y a amnésie avec troubles de la reconnaissance, dans l'aphasie d'expression dite motrice, le trouble ne se porte à peu près que sur l'évocation. L'impossibilité d'évoquer l'image visuelle verbale engendre l'agraphie et l'impossibilité d'évoquer l'image auditive verbale l'incapacité de parler, dite aphasie motrice. Entre l'aphasie motrice type Broca, d'une part, et d'autre part, l'aphasie amnésique et l'amnésie de l'homme normal, il n'y a que des différences de degré : c'est toujours parce que le mot ne résonne plus dans la tête que la prononciation en est impossible. S'il ne suffit plus à un aphasique moteur d'entendre souffler le mot rebelle pour que la prononciation en redevienne possible, c'est parce que le trouble de la mémoire verbale étant beaucoup plus marqué, les sons entendus sont de nouveau aussitôt oubliés.

Dans l'aphasie motrice pure, dite anarthrie, la notion du mot n'est pas indemne, il y a amnésie verbale, partielle et dissociée. L'image visuelle verbale peut être évoquée, ce qui permet au malade d'écrire et de passer avec succès l'épreuve de Proust-Michthein-Déjerine. Mais, par contre, le trouble de l'évocation de l'image auditive verbale subsiste et c'est ce qui empêche le malade de parler.

La possibilité de rééduquer les aphasiques dits moteurs sans aucune démonstration articulaire en ne s'adressant qu'à leur oreille et, en s'efforçant simplement de fixer et de mordancer les sons rebelles, est la vérification, pourrait-on dire expérimentale, de cette manière de voir.

Aux troubles de la mémoire verbale s'ajoute un déficit intellectuel léger, assez particulier, mais indiscutable qui en accentue les effets.

Dysphasies. — Quels que soient les phénomènes sur lesquels achoppe le bègue, il s'agit d'une difficulté d'émission plus ou moins facile à vaincre et non d'une émission indistincte. La formule phonétique diffère très notablement de celle des dysarthries. Il s'agit seulement, en effet, chez le bègue d'un spasme provoqué par l'émotion qui vient s'opposer au fonctionnement par ailleurs normal du mécanisme

© BIU Santé

articulaire. C'est surtout lorsque les phénomènes incriminés sontbien en vue, en tête du mot ou de la phrase, que le bègue achoppe et y reste comme accroché.

Le dysphasique, de par les troubles moteurs qui s'y associent, de par l'influence de l'émotion sur le déclanchement du spasme, s'apparente aux syndromes striés (H. Meige, Babinski, de Massary et Rachet). Mais on doit se demander, si, à côté de la dysphasie du type strié, on ne doit pas maintenir l'existence d'une dysphasie névropathique du type anxieux avec obsession articulaire et phobie de certains sons.

Hallucinations verbales. — L'hallucination verbale n'est pas une perception sans objet, elle n'est que le résultat d'une dissociation ou dislocation du langage intérieur.

La partie reniée par l'halluciné a même texture que le reste du langage intérieur qui, chez tout individu, est habituellement auditivo-moteur La trame demeure sensiblement la même quel que soit le type d'hallucination considéré : n'arrive-t-il pas indifféremment à tel ou tel type d'halluciné de marmotter ou de parler son hallucination. Mais le malade ne voit le plus souvent que l'un des aspects, l'une des faces de ce langage, celle qui le frappe ou l'impressionne le plus. C'est ce qui a conduit à décrire avec l'intéressé les pseudo-hallucinations verbales, s'il s'agit de langage intérieur de faible sonorité, tel que celui qui constitue la trame habituelle de notre pensée, et qu'il s'agit de formes vives dudit langage, les hallucinations auditives, auditivo-motrices, verbo-motrices ou visuelles.

La partie de son langage intérieur que renie le sujet dit halluciné, n'acquiert une certaine vivacité qu'en raison de l'état de rêve, dans lequel vit le malade et en raison du fait que ce dernier y concentre toute son attention sans permettre l'entrée en jeu du mécanisme réducteur constitué par ses perceptions.

Quant aux raisons même de cette dissociation, de l'extériorisation spatiale ou psychique de la partie reniée, de la forme que semblent revêtir des hallucinations, elles doivent être recherchées dans la teneur du délire concomitant.

Communications diverses

L'épreuve de Michthein-Déjerine et la prétendue intégrité du souvenir des mots dans l'aphasie motrice pure dite anarthrie.

MM. J. Froment et Sedallian (de Lyon) montrent que la possibilité d'indiquer exactement le nombre de syllabes et de lettres d'un mot n'impliquent nullement chez l'aphasique moteur pur l'intégrité de la notion du mot puisque l'homme normal le peut parfois au moment même où un nom propre lui échappe.

Pour passer avec succès cetteépr euve, l'aphasique moteur pur met nécessairement à contribution on souvenir visuel verbal puisqu'il tient compte des lettres et des syllabes muettes ; et d'ailleurs la possibilité d'écrire le mot sans erreur permet d'affirmer *l'intégrité du souvenir visuel verbal*. Mais le test ne peut renseigner sur l'autre constituante de la notion du mot, le souvenir de la succession des sons qui caractérisent ce mot. Rien ne prouve qu'il soit lui aussi indemne. Bien au contraire, on peut souvent se rendre compte que l'aphasique moteur *n'entend pas ce mot dans sa tête aussi distinctement qu'il le voit*. Au moment où il voit certainement le mot puisqu'il l'écrit sans erreur, il peut en entendre résonner un autre dans sa tête, au lieu et place de celui dont il cherche en vain si on ne lui souffle à se représenter le mode de prononciation, la résonnance exacte. Cette constatation est de première importance, car la représentation de la succession des sons qui constituent les mots est la condition *sine qua non*, le *primum movens* de la parole.

Il n'y a pas dans l'aphasie motrice pure, intégrité du souvenir des mots, mais bien *amnésie verbale partielle* et *dissociée* ; aussi voit-on tous les intermédiaires entre cette variété d'aphasie motrice et l'aphasie motrice type Broca.

Caractères distinctifs et formules phonétiques des dysarthries des dysphasies et des aphasies motrices

MM. J. Froment et P. Ravault (de Lyon) montrent que la détermination de la *formule phonétique* d'un trouble de la parole est le *critère objectif* permettant de reconnaître s'il s'agit d'un trouble de la mémoire verbale ou du mécanisme articulaire. L'analyse doit porter sur la manière dont sont prononcés les 44 sons élémentaires ou phénomènes qui constituent les 44 notes du clavier articulaire.

Dans les *dysarthries*, ce sont, pour un cas donné, toujours les mêmes phonèmes qui sont indistincts, et ils sont dans des conditions bien définies : débit rapide, articulation peu appuyée, voisinage de tel ou tel autre phonème, tranches débiles du mot ou de la phrase. Les troubles de la prononciation répondent à une constante qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

Dans les *dysphasies* (bégaiement) on observe encore des achoppements portant sur tels ou tels phonèmes, mais il s'agit de difficulté d'émission et non d'une émission indistincte ; de plus ceux-ci ne sont difficilement émis que lorsqu'ils sont bien en vue, en tête du mot ou de la phrase, ce qui est phonétiquement paradoxal.

Dans l'*aphasie motrice pure* ou *type Broca* l'émission de certains phonèmes peut paraître impossible. Mais le pointage méthodique, après inventaire de tous les mots ou locutions qui ont été prononcés par le malade, avant toute rééducation, permet souvent de retrouver la totalité des procédés articulaires. Du point de vue phonétique, le trouble de la parole est encore bien plus paradoxal que le bégaiement, le même phonème ou groupe de phonèmes aisément et correctement prononcé dans un mot ne l'est plus dans un autre, ni même à l'état isolé.

La formule phonétique des aphasies motrices n'autorise ni l'hypothèse de l'anarthrie, ni l'hypothèse classique de l'oubli des procédés articulaires. Elle incite à penser qu'il s'agit d'un trouble indirect de l'articulation par *trouble de l'évocation des sons* qui caractérisent le mot ; ce trouble rappelle à un degré beaucoup plus accusé ce qui se passe dans l'amnésie verbale de l'homme normal et dans l'aphasie amnésique.

Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie

MM. J. Froment et P. Ravault (de Lyon) montrent que le test des mots d'épreuve n'est pas un critère susceptible d'établir l'existence d'un trouble du mécanisme articulaire. Le bredouillement des dits mots dans la P. G., ainsi qu'en témoigne leur mode d'altération (interpolation, omission, confusion ou répétition de syllabes) ainsi que les erreurs commises dans l'écriture sous dictée de ces mêmes mots, tient à un trouble de la mémoire verbale et de l'attention associée à la dysarthrie, qui ici n'est pas pure. D'ailleurs le dysarthrique proprement dit, qu'il s'agisse de paralysie glosso-labio laryngée, de paralysie pseudo-bulbaire ou de sclérose en plaques, non seulement ne bouleverse jamais ainsi l'architecture de ces mots, mais en les prononçant, n'articule pas plus mal que dans la parole courante ; c'est plutôt le contraire que l'on observe, car il s'applique.

Les erreurs commises par l'aphasique moteur, dans les cas de troubles discrets (notamment dans les aphasies résiduelles et dans les aphasies progressives par tumeur cérébrale) rappellent au contraire de tous points celles du P. G.

Il n'est pas légitime, ainsi qu'on l'a fait, d'en conclure que les troubles de la parole de l'aphasique moteur tiennent à un trouble de la coordination articulaire dénommé anarthrie, puisque l'on observe rien de pareil dans les dysarthries pures. En réalité, le test en question met beaucoup plus à l'épreuve la mémoire verbale que le mécanisme articulaire. La nature des mots choisis dans les diverses langues qui tous présentent une succession de syllabes assez semblables entre elles pour inciter à la confusion, confirme cette manière de voir. Il s'agit donc là en dernière analyse d'un test de valeur nulle toutes les fois que l'on

© BIU Santé

cherche à juger de l'intégrité ou de l'altération du mécanisme articulaire. Il faut renoncer à lui demander la justification d'une dysarthrie ou de la prétendue anarthrie. Même dans le diagnostic de la P. G. il n'a pas une réelle valeur car il risque de faire prendre pour une méningo-encéphalite diffuse une aphasie survenant chez un syphilitique avéré. (*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1924

La débilité congénitale. — ***MM. G. Salès et Pierre Vallery-Radot***, étudiant la mortalité des nourrissons d'un an à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service du prof. Marfan, montrent qu'elle a été de 33 % en 1922, par conséquent légèrement inférieure à celle des années précédentes, mais nettement plus basse que la mortalité moyenne des crèches hospitalières qui dépasse en général 40 %. Ils estiment que ce chiffre, encore trop élevé, dans lequel les débiles entrent pour moitié, pourrait être réduit grâce à l'organisation méthodique d'un service de débiles ; on y prendrait les mesures nécessaires concernant l'isolement, le personnel et le matériel (choix du local, meilleures conditions de température, d'aération, de répartition et d'éclairage, service d'hygiène concernant le choix des nourrices, personnel dressé et spécialisé) et surtout l'alimentation des débiles. A ce propos, ils indiquent une série de mesures propres à favoriser l'allaitement maternel et le recrutement des nourrices.

Apparition précoce et progression rapide du saturnisme dans certains ateliers de fabrication de peintures plombifères.—***MM Helm, Agasse-Lafont et Feil.*** — La fabrication des peintures plombifères expose les ouvriers à l'intoxication saturnine et alors que les précautions indispensables sont habituellement prises dans les usines, dans les petits ateliers, au contraire, les mesures d'hygiène sont souvent négligées et fréquemment les ouvriers sont rapidement atteints de saturnisme. Parfois, dès les premiers jours de contact avec le plomb, les signes cliniques (liseré gingival, etc.) font leur apparition. L'examen hématologique en série permet de suivre les progrès de l'intoxication saturnine, et chez les sujets particulièrement sensibles cet examen met en mesure de leur faire quitter à temps une profession plus dangereuse encore pour eux que pour d'autres.

Le traitement des troubles de l'ovaire par les rayons ultra-violets. — ***M. Jean Saidman*** a obtenu chez les jeunes filles anémiques présentant un retard de la menstruation ou des règles irrégulières, d'excellents résultats, accompagnés d'une amélioration de l'état général.

L'obésité et les bouffées de chaleur ont été également influencées par les rayons ultra-violets (amaigrissement de 9 kilos après treize séances) lorsque ces symptômes avaient une origine glandulaire.

Le traitement agit aussi sur les tuberculeuses présentant des troubles de la fonction ovarienne.

VIe RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE A SAINTE-ANNE

MM. Cestan, Gay et Perès (de Toulouse) exposent les résultats de leurs recherches sur la cytose des différentes portions du liquide céphalo-rachidien. Il existe une diminution rapide du chiffre des éléments entre le 1er et le 5e cm3. Le phénomène est encore plus net avec des méningites aseptiques provoquées par l'injection intrarachidienne d'hémostyl ou par la ventriculographie. Tout se passe comme si un phénomène de sédimentation des éléments se produisait au niveau des pigments intérieurs du canal rachidien. Cette sédimentation viendrait à l'appui de l'idée émise par Cestan, Riser et Laborde suivant laquelle il n'y a pas de véritable courant du liquide céphalo-rachidien, qui se trouve enfermé dans le canal rachidien comme en un vase clos, sans courant précis.

MM. Toulouse et Marchand et Mlle Pezé montrent les coupes microscopiques d'un cas de troubles mentaux symptômatiques de métastases cancéreuses encéphaliques. Il s'agissait d'une femme qui, 3 ans après avoir été opérée d'un cancer du sein, avait été atteinte à l'âge de 52 ans, d'amnésie globale, de désorientation et d'anxiété. On ne notait chez elle, aucun symptôme de localisation, ni même les signes communs aux tumeurs cérébrales. Elle mourut 3 mois après le début des troubles mentaux au cours d'une crise convulsive. A l'autopsie on constate la présence de cinq noyaux cancéreux métastatiques dans l'hémisphère gauche et un noyau volumineux dans l'hémisphère droit. Il existe également un petit noyau de la grosseur d'une tête d'épingle dans le bulbe. Il s'agit d'épithéliome alvéolaire. On note en outre une réaction méningée diffuse et une légère inflammation autour des plus grosses tumeurs. C'est à ces lésions que les auteurs attribuent la pathogénie de l'état confusionnel aigu.

MM. Claude, Borel et Robin font chez une malade la démonstration d'un nouveau procédé d'investigation chez les déments précoces à l'hétérisation. Par ce procédé on arrive à faire la discrimination entre les démences précoces vraies, type Morel, et les états schizomaniaques et schizophréniques. A la faveur d'une anesthésie légère, on peut mettre en évidence dans ces derniers cas l'existence de complexes affectifs et faire la preuve qu'il n'existe aucun affaiblissement intellectuel. Il semble que l'hétérisation ne suffise pas à réduire la réticence.

MM. A. Marie, Poincloux et H. Codet rapportent l'observation d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique traité par la méthode de Levaditi-Poincloux. Ce malade avait un état rigide extrêmement marqué, il ne pouvait s'habiller ni s'alimenter seul. Après traitement par injections intra-rachidiennes de virus encéphalitique fixé, on constata une amélioration notable de la rigidité et de la rétropulsion, rendant au sujet la liberté de ses actes. Il est à remarquer, dans les cas où le traitement est favorable, que la réaction à l'injection intrarachidienne présente souvent, comme ici, l'allure d'une véritable maladie vaccinale.

MM. Henri Claude et R. Targowla et Mlle M. Badonnel, comme suite à leurs recherches précédentes sur les variations provoquées de la glycémie, rapportent les résultats observés à la suite de l'injection de morphine. Ils ont constaté d'une façon générale que l'action de la morphine sur la glycémie s'exerçait dans le même sens que celle de l'adrénaline et réalisait dans certains cas une action antagoniste à celle du glucose. Ils exposent des chiffres qui semblent indiquer l'influence du tonus neuro-végétatif, de l'état du foie et des capsules surrénales sur la glycémie morphinique.

MM. Tinel et Santenoise projettent les graphiques des réflexes vago-sympathiques obtenus chez des malades ayant présenté à plusieurs reprises des crises confusionnelles. Le réflexe oculo-cardiaque aboli pendant la crise, apparaît avec une très grande intensité chaque fois que la crise est terminée. Les auteurs rapprochent ce fait des constatations de Santenoise et Carrelon montrant que la vagotonie accompagne ou provoque une sensibilité spéciale à toutes les actions. La vagotonie intermittente de ces malades indique chez eux des phases de susceptibilité aux intoxications, elle explique la fixation passagère des toxiques sur leur système nerveux. Des variations du réflexe oculo-cardiaque ont été constatées chez une malade considérée à son entrée comme une démente précoce probable et aujourd'hui fort améliorée : on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une démence post-confusionnelle de Régis, et si certains syndromes étiquetés démence précoce ne seraient pas dus à des crises confusionnelles répétées.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1924.

Immunisation antidiphtérique de l'enfant par l'anatoxine diphtérique ; allergie et réaction locale. — MM. *Lereboullet et Joannon* ont employé l'anatoxine de Ramon dans le but de réaliser l'immunisation antidiphtérique chez les enfants groupés récemment à l'hôpital d'Antony, atteints pour la plupart de tuberculose ostéoarticulaire et venant des divers hôpitaux parisiens. Parmi les 80 originaires de l'hôpital des Enfants-Malades, 13, présentant une réaction de Schick positive, ont reçu deux injections d'anatoxine aux doses de 0 cmc. 5 et 1 cmc. séparées par un intervalle de 23 jours : 46 jours après la première injection, 12 ont eu une réaction négative de Schick, le 13e n'a présenté une réaction négative que 21 jours plus tard, sans le secours d'une troisième injection. Dans une autre partie de l'hôpital, groupant les enfants des autres services parisiens, 11 enfants présentant un schick positif ont été gardés à titre de témoins et n'ont pas reçu d'anatoxine ; ils avaient encore une réaction positive 56 jours après la première épreuve.

Les réactions locales consécutives aux injections se sont produites chez 6 enfants sur 13. Elles ont été surtout marquées chez les sujets ayant présenté une fausse réaction de Schick. Leur fréquence a été plus grande chez les enfants plus âgés, et surtout chez ceux qui avaient fait, antérieurement à leur admission à Antony, un séjour prolongé dans le milieu hospitalier, où Lereboullet et Joannon ont précédemment étudié le développement de l'immunisation spontanée. Les réactions locales, comparables en cela aux réactions tuberculiniques paraissent témoigner qu'une primo-infection s'est déjà réalisée.

Les injections ont été bien supportées par ces enfants dont le tracé thermique est plus généralement fébrile qu'apyrétique.

Si l'immunité conférée est durable, la prophylaxie des épidémies périodiques de diphtérie, qui menacent les enfants des services de chirurgie, paraît facilement réalisable. Il est à souhaiter qu'elle soit pratiquée, dès le jeune âge, alors que, d'une part la sensibilisation du sujet à l'égard des protéines diphtériques est plus faibles et que, d'autre part, la mortalité diphtérique est plus élevée.

Maladie de Recklinghausen complète avec réaction méningée, spina bifida occulta, et descendance mélanodermique. — MM. *Laignel-Lavastine et Doptain* présentent un homme de 37 ans venu consulter pour perte de la mémoire avec asthénie et qui présente en plus des troubles mentaux, les trois autres éléments de la tétrade caractéristique : mélanodermie diffuse ; nævi molluscum multiples, neurofibrome sur le trajet des nerfs périphériques. La lymphocytose rachidienne avec réaction négative du benjoin colloïdal paraît liée à la neurofibromatose. Celle-ci est associée à une malformation osseuse fréquente : un spina bifida occulta au niveau de la cinquième lombaire. Enfin la fille de ce malade présente une forme pigmentaire fruste de la maladie.

M. *Marcel Labbé* constate qu'il est rare qu'il y ait dissociation entre l'amélioration clinique et le métabolisme basal. M. Labbé se demande s'il n'y aurait pas lieu d'augmenter la dose de poudre thyroïde et de donner de la thyroïde fraîche.

Nanisme myxœdémateux : puberté post-opothérapique sans modification du métabolisme basal.— MM. *Laignel-Lavastine, Largeau et Doptain* montrent un nain myxœdémateux de 2[illegible] ans qui sous l'influence de 0,40 *pro die* de poudre thyroïde s'est considérablement amélioré au point de vue psychique a perdu l'habitus myxœdémateux, est devenu pubère, a grandi de 2 cent. mais conserve encore des cartilages juxta-épiphysaires et le même nombre aussi bas du métabolisme basal : 22.

Cette persistance d'un nombre aussi bas malgré une amélioration évidente de la nutrition peut être rapprochée de l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, au fur et à mesure de l'opothérapie. On sait en effet que la thyroïde sensibilise le sympathique et particulièrement le vague et que le vague est anabolique, ainsi s'expliquerait peut-être le paradoxe de la constance du métabolisme basal qui ne peut naturellement exprimer qu'un résultat synthétique.

Névrite aiguë rétro-bulbaire ; premier symptôme d'une sclérose en plaques. — MM. *Rivet et Jany* présentent une femme de 34 ans qui fut atteinte l'an dernier d'une névrite aiguë rétro-bulbaire qui régressa rapidement après application de cocaïne-adrénaline dans les fosses nasales. Dix mois après apparaissait un syndrome de sclérose en plaques à évolution rapide. Certains spécialistes tendent à rattacher beaucoup de névrites rétro-bulbaires à une sinusite sphénoïdale latente et à diriger contre elles un traitement local d'ordre chirurgical endo-nasal. Avant d'adopter cette explication et cette ligne de conduite, il importe de pratiquer un examen neurologique complet de ces malades, de même qu'il importe d'être réservé pour le pronostic ultérieur.

Diabète et tuberculose chez une goitreuse, légèrement basedowienne. Pneumothorax thérapeutique, guérison clinique. — MM. *Léon Bernard et Maurice Salomon* présentent une femme chez laquelle une tuberculose pulmonaire fortement extensive, fébrile, avec volumineuse caverne, eut son évolution jugulée par un pneumothorax artificiel, bien qu'elle fût diabétique héréditaire, et atteinte d'un goitre basedowifié avec tachycardie très marquée, tremblement, augmentation du métabolisme basal. Sous l'influence de la collapsothérapie, la malade devint apyrétique, son expectoration se tarit, et ne fut plus bacillifère, son poids augmenta de vingt kilos, en même temps qu'une restriction relative des hydrates de carbone faisait disparaître le glucose des urines, et ramenait le taux de la glycemie au voisinage de la normale. Le diabète, loin d'être une contre-indication au pneumothorax thérapeutique, doit donc au contraire faire plutôt hâter l'intervention, pour tâcher d'arrêter, si possible, la tendance extensive des lésions tuberculeuses chez les glycosuriques.

La thoracoplastie extra-pleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. *Fonso Gonfoldo* (de Buenos-Ayres).

Recherches sur l'élimination de la cholestérine par le foie. — MM. *Etienne Chabrol, Henri Benard et Cambillard* concluent de leurs recherches sur le tubage duodénal :

1° *La bile duodénale des lithiasiques ne nous a point révélé un déficit de sels biliaires, pas plus qu'elle ne nous a montré un excès de cholestérine.* C'est dans la vésicule et non point dans le canal hépatocholédoque que l'on observe l'hypercholestérinocholie et ce fait s'explique aussi bien avec la théorie infectieuse de la lithiase qu'avec la théorie humorale. Lorsque nous avons noté un excès de cholestérine dans le sang des lithiasiques nous n'en avons pas eu le reflet dans la bile recueillie en aval du foie : la cholestérinocholie se trouvait inférieure au chiffre physiologique de 0 gr. 60 %. Le fait vient à l'appui de la conception qui attribue en grande part l'hypercholestérinémie de la lithiase à un mauvais drainage hépatique ou biliaire. Chez les lithiasiques sans hypercholestérinémie nos dosages de cholestérine dans la bile nous ont donné des chiffres sensiblement voisins (0 gr. 67 par litre) de ceux que l'on observe à l'état physiologique (0 gr. 60 par litre).

Par contre, au cours du diabète, nous avons observé des chiffres plus forts (1 gr. 14 par litre) ; au cours des grossesses, des chiffres moins élevés (0 gr. 289 par litre). Les chiffres les plus faibles que nous ayons notés appartiennent au groupe des cirrhoses (0 gr. 109 par litre).

2° *L'epreuve de Meltzer-Lyon* qui permet d'étudier la bile vésiculaire se trouve souvent en défaut chez le sujet normal. Elle n'a de valeur à nos yeux que lorsqu'elle assigne à la bile B, dite vésiculaire, un chiffre de pigments *au minimum trois fois plus élevé que celui des biles A et C.* Au cours de cette épreuve le contrôle radioscopique est indispensable.

Nous n'avons pas observé à l'état physiologique de dissociation cholestérino-pigmentaire dans la bile B de la vésicule. Nous avons toujours vu, chez les sujets normaux, les pigments et la cholestérine progresser ou diminuer parallèlement dans les trois échantillons de bile.

Dans la lithiase biliaire, en raison de très nombreux échecs de l'épreuve de Meltzer-Lyon à l'état physiologique, il est bien difficile de conclure à une obstruction du canal cystique lorsque les biles A et B ont la même teneur en pigment et en cholestérine. D'autre part, dans des cholecystites calculeuses sans obstruction, nettement confirmées par l'évolution clinique, nous

© BIU Santé

avons recueilli des biles A et B qui ne différaient en rien des biles normales par leur teneur en pigments ou en cholestérine.

C'est la recherche du processus inflammatoire qui semble *a priori* fournir le meilleur élément susceptible de différencier la vésicule lithiasique de la vésicule normale.

La longueur de l'épreuve de Meltzer-Lyon et les difficultés d'interprétation qu'elle comporte ne sont point toujours rachetées en clinique par les renseignements qu'elle fournit. Notons cependant que, dans des cas exceptionnels, elle a pu présenter un *intérêt thérapeutique, en facilitant le déblocage du canal cystique*.

Sans contester l'utilisation du tubage d'Einhorn en pratique, reconnaissons que c'est surtout dans les questions d'ordre doctrinal qu'il trouve son principal intérêt.

Hirsutisme, diabète et syndrome surrénal. — MM. ***Marcel Labbé et Boulin*** rapportent l'observation d'une femme de 59 ans dont le début des accidents est marqué par de l'obésité et de la pigmentation. Vie sexuelle normale. Apparition du diabète avec troubles mentaux. L'étude des glandes endocrines a montré un métabolisme basal normal, une inversion du réflexe oculo-cardiaque, un réflexe solaire net. L'épreuve de l'adrénaline a permis de constater de l'hyperglycémie, de la tachycardie (de 84 à 102). Il ne semble pas que l'ovaire et la thyroïde puissent être incriminés, de même l'absence de lésions de la selle turcique à la radiographie élimine un trouble de l'hypophyse. Reste l'hypothèse d'nn syndrome surrénal.

Séance du 18 juillet 1924.

Traitement thyroïdien dans le myxœdème (à propos du procès-verbal). — M. ***Comby*** à propos de la communication de M. Laignel-Lavastine rapporte l'observation d'une jeune fille de 13 ans 1/2, mesurant 98 cm. qui présentait des signes de myxœdème. Soumise au traitement thyroïdien à la dose de 0,05 centig. puis de 0.10 centig. par jour, elle se développe et à 18 ans mesure 1 m. 54. Dans tous les cas d'infantilisme, il faut penser à l'hypothyroïdie, et l'opothérapie même tardive peut donner d'excellents résultats.

Arthralgies goutteuses. — M. ***Mathieu-Pierre Weil*** présente une malade âgée de 83 ans, fille d'un père rhumatisant, sœur de rhumatisants, et qui, depuis l'âge de 12 ans, présenta, de temps à autre, des crises douloureuses généralement localisées au niveau des genoux, persistant quelques jours, ne nécessitant qu'exceptionnellement l'interruption des occupations, et qui ne s'accompagnaient que d'un minimum de signes objectifs. La nature de ces arthralgies est établie par l'apparition, il y a quelques jours, d'une crise typique, particulièrement douloureuse, de *goutte* du poignet, à aspect pseudo-phlegmoneux, et qui, malgré l'intensité des symptômes, guérit en deux jours sous l'influence du colchique. La radiographie de la main est normale, mais celle des genoux montre l'existence de « becs de perroquet » que l'auteur d'ailleurs a fréquemment rencontrés en cas d'arthropathies goutteuses anciennes. L'analyse du sang montre comme unique altération une augmentation de l'acide urique combiné des globules sanguins ; l'uricémie plasmatique est normale.

M. ***Hallé*** insiste sur la rareté de la grande crise aiguë de goutte chez les femmes, surtout à un âge avancé.

M. ***Dufour***. — En l'absence de Wassermann, on ne peut dans le cas de M. Weil écarter l'hypothèse de rhumatisme chronique d'origine syphilitique. Il peut d'ailleurs s'agir d'une coïncidence du rhumatisme chronique et de goutte aiguë.

Diabète grave par tumeur para-pancréatique, Considérations sur la pathogénie sympathique du diabète. — MM. ***H. Dufour, Rouèche*** et ***H. Baruk*** rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital pour un diabète grave (glycosurie variant entre 300 et 400 gr. par jour, pour une moyenne de 4 litres d'urine, et glycémie de 4 grs.) Il existait dans la région épigastrique et paravertébrale gauche une tumeur profonde, rénitente, qui pouvait en imposer pour un kyste. L'évolution a été rapide, et la mort est survenue en une quinzaine de jours, sans que se soit produit d'amélioration par l'insuline. A l'autopsie on a reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur para-pancréatique refoulant sans l'envahir la queue du pancréas, et une petite partie du corps. La disposition topographique anatomique contre la colonne vertébrale impliquait l'envahissement du sympathique abdominal, ganglion semi-lunaire gauche, plexus cœliaque. L'histologie et l'étude des coupes microscopiques ont démontré qu'il s'agissait d'une tumeur de la catégorie des sarcomes lymphoblastiques, développée en dehors du pancréas, et aux dépens des ganglions lymphatiques. En utilisant la méthode de Bielchowsky, on peut mettre en évidence la présence de fibres nerveuses dans les coupes de la tumeur. A l'occasion de ce cas, les auteurs discutent l'importance du facteur sympathique dans la production du diabète. Ils font appel aux acquisitions récentes sur les relations existant entre le fonctionnement des glandes endocrines et celui du sympathique. Ils pensent que les deux facteurs endocriniens et sympathique peuvent jouer isolément ou en association, et ils insistent sur l'importance de cette perturbation endocrino-sympathique dans la pathogénie du diabète sucré.

M. ***Achard*** considère que le diabète sucré peut exister avec un pancréas sain. Il s'agit d'un trouble de la sécrétion interne du pancréas. L'insuffisance glycolytique peut dépendre du système nerveux et des glandes endocrines. Dans toute insuffisance glycolytique, l'insuline est indiquée.

M. ***Labbé*** a fréquemment constaté l'absence de lésions pancréatiques au cours du diabète et la coexistence avec des troubles endocriniens.

Extrait d'opium total. MM. ***Le Noir*** et ***Herissey*** présentent un extrait total d'opium injectable, dont la préparation peut être facilement réalisée dans toutes les officines et qui leur a donné satisfaction dans les applications qu'ils en ont faites sur de nombreux malades.

Anévrismes de l'artère pulmonaire chez les cardiaques noirs. — M. ***Arillage*** (présenté par M. Ribierre) rapporte 3 cas particulièrement intéressants d'anévrismes de l'artère pulmonaire. Dans un des cas, il y eut rupture dans le péricarde, dans un autre, présence de tréponèmes dans le sang artériel et l'auteur insiste sur le rôle de la syphilis dans la genèse des artérites pulmonaires.

Sur un cas d'hépatite parenchymateuse syphilitique tertiaire. — ***Macaigne et Jacquinet.*** — Il s'agit d'un malade de 50 ans, syphilitique avéré, non alcoolique ni tuberculeux, mort en 48 h. d'hématémèse foudroyante consécutive à une perforation de varice œsophagienne.

A l'autopsie on constate une cirrhose du foie d'intensité moyenne et une ulcération des veines de l'œsophage.

L'examen histologique a révélé, à côté de lésions de sclérose interstitielle et surtout périportale, l'existence d'une hépatite parenchymateuse très accentuée, caractérisée par une hyperplasie considérable des cellules hépatiques avec dislocation des trabécules ; hypertrophie et multiplicité des noyaux, gigantisme cellulaire à la périphérie des zones hyperplasiées ; zone d'infiltration embryonnaire intertrabéculaire et intercellulaire aboutissant par places à la formation de gommes parenchymateuses. L'existence d'artérite et de phlébite dans les zones scléreuses achève de démontrer la nature spécifique de ces lésions. La perforation des varices œsophagiennes était due à la fonte d'une gomme de voisinage.

La constante uréo-secrétoire chez les hypertendus et le pronostic rénal de l'hypertension permanente. — ***MM. Aubertin et Rigal*** étudient la fonction uréo-secrétoire chez les hypertendus et confirment les données établies en 1913 par Aubertin et Paron ; il est très fréquent en effet de voir les malades présenter non seulement une azotémie normale, mais une constante normale ; il ne s'agit pas, en général, d'un stade initial d'une néphrite latente puisque la plupart de ces sujets, suivis depuis 1919, sont actuellement dans de bonnes conditions d'équilibre, ne sont pas devenus des brightiques, n'ont pas vu apparaître d'albumine dans leurs urines, et ont encore, malgré un régime carné, une fonction rénale normale. Ceux qui ont succombé sont morts d'hémorragie cérébrale ou d'insuffisance cardiaque.

Tous les hypertendus n'appartiennent d'ailleurs pas à ce

© BIU Santé

groupe ; certains, c'est la minorité, ont une azotémie relativement élevée (entre 0,50 et 1 gr) et naturellement une constante élevée ; d'autres (16 sur 44) ont une azotémie normale et une constante élevée (aux environs de 0,110 en général). Or, fait à signaler, le pronostic rénal chez les hypertendus subazotémiques, sans être ausssi bon que chez les malades à constante normale, est rarement mauvais puisque dans la statistique des auteurs, ceux qui sont morts ont encore ici succombé à des accidents mécaniques et qu'aucun n'est mort d'urémie. L'étude de la fonction rénale chez les hypertendus doit donc être faite à l'aide de la constante : si celle-ci est normale et reste normale, le pronostic rénal peut être excellent et le malade peut être laissé au régime carné avec survie très longue, souvent en bonne santé apparente.

De plus il n'y a en général aucun rapport, chez ces malades, entre le degré de l'hypertension et le déficit de la fonction uréo-secrétoire.

M. Labbé partage l'opinion de M. Aubertin.

M. Maurice Renaut insiste également sur la rareté des lésions de néphrite chez les hypertendus.

M. Laubry insiste au point de vue thérapeutique sur la notion de la valeur fonctionnelle du rein. Au point de vue pathogénique, il existe des hypertensions sans lésions rénales et des azotémies sans hypertension. Au point de vue évolutif, certains hypertendus peuvent dans une deuxième période de leur maladie succomber rapidement d'azotémie.

Séance du 25 juillet 1924.

Sur l'allergie diphtérique. — M. *Chr. Zœller* apporte de nouveaux faits concernant la notion de l'allergic diphtérique qu'il a précédemment définie.

Il étudie les résultats qu'a réalisés la vaccination par l'anatoxine sur six sujets réceptifs et allergiques et sur six sujets réceptifs et neufs étudiés parallèlement. La première inoculation d'anatoxine immunise trois sujets allergiques et aucun des sujets non allergiques ; la seconde inoculation immunise les trois derniers sujets allergiques et trois sujets non allergiques.

Il semble donc que les sujets allergiques se vaccinent plus rapidement que les sujets non allergiques, ce qui est conforme aux premiers résultats apportés par l'auteur.

M. Zœller a étudié comparativement avec l'anatoxi-réaction les résultats fournis par l'injection intradermique d'émulsion de bacille d'Hoffmann ou de bacterium cutis commune, germes voisins du bacille diphtérique (sur 27 sujets). D'une façon générale les réactions produites n'ont aucun rapport avec l'anatoxi-réaction dont la spécificité s'enrichit de cet argument, ajouté aux autres précédemment publiés.

L'auteur propose que les sujets allergiques et réceptifs désignés par l'anatoxi-réaction soient étudiés à l'occasion d'une application de sérothérapie préventive ; il serait intéressant de voir avec quelle fréquence ils réalisent une immunité spontanée.

Il répond enfin aux critiques récemment apportées à l'interprétation qu'il a donnée de l'anatoxi-réaction. « Ce serait un processus de réaction banale de l'organisme vis-à-vis d'nn colloïde hétérogène. » Or la réaction n'est banale ni quant au facteur qui crée la sensibilisation, ni quant au réactif qui la révèle ; il apparaît au contraire que ces deux éléments sont spécifiques. On peut en particulier constater une anatoxi-réaction négative chez un sujet qui présente des accidents aigus généralisés. Les contradicteurs affirment la fréquence de la sensibilisation vis-à-vis du bacille de Loëffler au cours de la diphtérie ; ils jugent de cette fréquence sur 4 cas publiés ; deux sont d'interprétation contestable. M. Zœller rappelle qu'il a publié 55 cas de réactions chez des convalescents de diphtérie ou porteurs de germes dont 43 positives ; il a montré d'autre part la fréquence moindre de réactions positives chez les convalescents d'autres maladies infectieuses. Il renvoie à ses précédentes communications où il a formulé lui-même d'une façon explicite les réserves qui lui ont paru devoir être faites à propos de cette question de l'allergie diphtérique pour laquelle il a donné une définition, une technique et un ensemble d'éléments d'interprétation.

L'anisotension artérielle. — MM. *Babinski* et *Donzelot* présentent un malade dont la tension humérale est de 12 cc. 5 à gauche, tandis qu'elle atteint 18 cc. à droite. Après avoir discuté la possibilité d'un abaissement de la tension à gauche, ils émettent l'hypothèse d'une élévation de tension à droite, en se basant d'une part sur l'existence de violentes crises douloureuses de ce côté, et d'autre part sur le chiffre même de la tension systolique plus éloigné de la normale à droite qu'à gauche. Dans cette hypothèse il s'agirait d'une nosodilatation avec hyperpression unilatérale. Les auteurs envisagent la possibilité d'incriminer un trouble du sympathique dans ces faits d'anisotension artérielle.

De la fréquence et de l'importance des lésions rénales dans l'hypertension artérielle permanente. — MM. *C. Lian* et *R. Barrieu* ont exploré les fonctions rénales par la recherche de la constante d'Ambard et de l'azotémie chez 206 hypertendus, et formulent les conclusions suivantes :

1) Les fonctions rénales sont troublées dans 90 % des cas d'hypertension artérielle permanente.

2) L'azotémie n'est assez marquée pour noircir le pronostic que dans à peine 1/10e des cas d'hypertension artérielle permanente.

3) Les faits précités incitent à prescrire le régime hypoazoté et les diurétiques chez les hypertendus.

4) L'atteinte des reins n'est donc pas un phénomène accessoire dans l'hypertension, mais un facteur quasi-constant.

Nous estimons que l'hypertension est un syndrome endocrino-sympathique déclanché tantôt directement par une néphrite, tantôt directement par une infection, une intoxication ou une perturbation nerveuse, tantôt et le plus souvent par une maladie générale agissant sur l'appareil endocrino-sympathique et causant aussi une néphrite qui exagère le trouble endocrino-sympathique hypertenseur.

(*A suivre*). René Giroux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 juillet 1924 (suite).

Dartigues présente de la part du Dr *Max Thorell*, de Chicago, avec photographie à l'appui, *un cas de corps étrangers multiples de l'estomac chez un « avaleur » de profession.*

Cet homme de 24 ans, en dehors de nombreux morceaux de verre, charbon, sable, avait avalé 270 objets dont un grand nombre était des clous, des épingles à nourrice. Gastrotomie. Guérison.

Corps étranger bronchique (crochet de fer) enlevé de la bronche gauche chez un enfant de 21 mois par bronchoscopie supérieur. — M. *Guisez*. — Il s'agissait d'un corps étranger *tout à fait latent*. L'enfant avait eu il y a sept mois un accès de suffocation, ce qui fait remonter l'accident à cette époque. Il fit à plusieurs reprises des accidents broncho-pulmonaires et il y a deux mois une broncho-pneumonie. On pensa à de l'adénopathie trachéo-bronchique : une radiographie montra un corps étranger dans la bronche droite.

Malgré le jeune âge de l'enfant, le corps étranger a été enlevé par la bouche (bronchoscopie supérieure), sans trachéotomie, la guérison s'est faite sans la plus petite élévation de température.

Les corps étrangers latents dans les voies aériennes sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose et de nombreux enfants meurent de broncho-pneumonie causée par ces corps latents.



© BIU Santé

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

DIGIBAINE DEGLAUDE

6, Rue d'Assas, PARIS.

ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE

R. C. Seine 203.600

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (SEINE)

Téléphone 12

PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS

Directeur : Dr H. REDDON O. I.

Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

LIPOÏDES H. I.

GYNOCRINOL — STIMULANT ET ACTIVATEUR des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOLUTÉOL — CALMANT ET SÉDATIF des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

INDICATIONS :

Aménorrhée, Troubles de la Puberté, Dysménorrhée, Stérilité, Sénilité, Hypoovaries, etc. — *4 à 8 pilules par jour*

Ménorragies essentielles, Troubles de la castration et de la ménopause, Règles douloureuses. — *4 à 8 pilules par jour*

LABORATOIRE J.M. ISCOVESCO - 107, Rue des Dames - PARIS-17e

IODURE DE CAFÉINE MARTIN-MAZADE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ — 2 A 4 PAR JOUR — NI INTOLÉRANCE NI IODISME — LE FLACON 8 FR. 20

ARTÉRIOSCLÉROSE, ASTHME, EMPHYSÈME, LÉSIONS CARDIAQUES DIVERSES
ANGINE DE POITRINE, NÉPHRITES, AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES, HYDROPISIES DE DIFFÉRENTES ORIGINES, SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OBÉSITÉ, MALADIES INFECTIEUSES, ETC.

Echantillon et Littérature : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE, St-RAPHAËL (Var) R. C. FRÉJUS 125

Gastropathies

SIGOL

à base de ferments digestifs stabilisés, de cholagogues, d'antispasmodiques et excito-moteurs.

2 à 3 Cachets par jour, aux repas

LABORATOIRE DU SIGOL, à St-FONS (Rhône)
L. CROC, phcien, Ex-Interne des Hôpitaux.

R. C. Yssingeaux 1.238

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Les publications savantes de Rabelais

Dans son livre sur l'*Adolescence de Rabelais en Poitou* (1) que nous avons signalé dernièrement (*Progrès Médical*, Supplément illustré, n° 8, 1924), M. Jean Plattard montre comment Rabelais se souvint de ses amitiés poitevines, en dédiant ses premières publications à Tiraqueau et à Geoffroy d'Estissac :

« Dès le mois de septembre de 1530, écrit M. Plattard, Rabelais est à Montpellier, et se fait immatriculer sur le registre de la Faculté de médecine. Pendant près de deux ans ses études médicales le retiendront dans cette ville. De ces travaux, qui avaient certainement été commencés avant son immatriculation, sortirent ses premières publications.

Il était entré en relation avec l'imprimeur lyonnais Sébastien Gryphe, un vrai savant, qui dans les trente-deux années d'exercice de sa profession (1524-1556) mit au jour plus de mille éditions de textes hébreux, grecs, latins, italiens, espagnols et français. Lyon était alors non seulement un centre intellectuel brillant, mais encore un des grands marchés de livres de l'Europe. Les publications nouvelles y étaient mises en vente aux quatre grandes foires annuelles, le lundi de la Quasimodo, le 4 août, le 3 novembre et le lundi de la fête des Rois, au moment où de toute la France, de la Suisse et de l'Italie les messagers et les négociants affluaient à Lyon. En 1532, aux foires d'août et de novembre, paraissaient donc chez Sébastien Gryphe, trois livres scientifiques publiés par Rabelais. L'érudit dont Tiraqueau saluait déjà huit ans auparavant, la science universelle, l' » homme de graves lettres grecques et latines » qu'admirait Jean Bouchet se décidait enfin à apporter sa contribution à cette restitution du savoir antique entreprise par les humanistes et c'est à ses amis poitevins, Tiraqueau, Geoffroy d'Estissac, Amaury, Bouchard qu'il dédiait les prémices de son labeur scientifique. Le premier de ces ouvrages est un recueil de lettres latines écrites sur des questions médicales par un médecin italien contemporain : *Joha Manardi Ferrariensis medici epistolarum medicinalium Tomus secundus nunquam antea in Gallia excussus*.

Ce Manardi était un médecin de Ferrare, à qui les libéralités d'un Mécène, Alphonse Trotto, facilitaient l'étude des manuscrits grecs et latins de traités médicaux. C'est dire qu'il était de ces médecins humanistes qui estimaient que la première condition du progrès pour la médecine était le retour aux textes antiques, purgés des gloses médiévales et soigneusement établis. Il avait publié à Ferrare, en 1525, un premier volume comprenant six livres de lettres sur la médecine. A Fontenay-le-Comte, Tiraqueau, dont la curiosité s'étendait bien au-delà du domaine des sciences juridiques, avait lu ces lettres, les avaient admirées et recommandées à Rabelais, « comme si elles eussent été dictées par Pæon ou Esculape », nous dit ce dernier.

Lorsque le second volume parut à Ferrare, Rabelais était tout aux études médicales. Il crut utile de donner à Lyon une édition de ce nouveau recueil de Manardi. Il le fit précéder d'une épître en latin à Tiraqueau, qui représente toute sa contribution personnelle à cette édition.

Plusieurs raisons l'avaient déterminé à faire hommage de cette publication au magistrat fontenaisien. Il est certain d'abord qu'il n'avait pas cessé de rester en rapport avec lui. C'est par son entremise, sans doute, que Jean Bouchet avait noué des rapports avec Tiraqueau, à qui, en 1527, il adressait une épître en vers. En outre, Tiraqueau avait fait de la médecine un éloge magnifique dans son *De Legibus connubialibus*. C'est lui peut-être qui avait engagé Rabelais dans l'étude de cette science, c'est lui, certainement qui lui avait révélé l'œuvre de Manardi. Enfin, comme l'indique Rabelais, un même effort était tenté par les savants gagnés à la cause de l'humanisme

(*Voir suite p.* 672.)

(1) Edition des *Belles-Lettres*.

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique
et Sel Disodique de l'Acide Copahivique

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

Doses : 10 à 12 PILULES par jour

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (Yonne)
Usine à Joigny-Epizy (Yonne). — Téléphone 94

R. C. Joigny 1.571

Échantillon sur demande

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence d'une lymphopoièse artificiellement provoquée sur l'évolution du sarcome expérimental du rat blanc,

Par M. LOEPER et R. TURPIN.

La réaction lymphocytaire est de règle à la périphérie des greffes néoplasiques. Da Fano et Murphy lui ont attribué un rôle défensif et certains auteurs ont même cru pouvoir mesurer la résistance de l'organisme à son intensité.

Si cette hypothèse est exacte, l'accroissement artificiel de cette réaction devrait modifier l'évolution des greffes de néoplasme ou en rendre la réussite plus précaire.

Or, on peut accroître cette réaction en plaçant au contact même de l'inclusion néoplastique des greffons d'organes animaux. Ces greffons provoquent en effet, quand ils sont *hétérogènes*, une lymphocytose analogue à celle de la tumeur. A côté des phénomènes initiaux de nécrose centrale, on voit affluer, à la périphérie du greffon comme à celle de la tumeur, des lymphocytes abondants qui pénètrent le tissu et s'immiscent entre ses éléments.

Nous avons donc pratiqué chez le rat, côte à côte, dans des interventions *simultanées* ou *successives*, des greffes d'organes de souris. Comme organe, nous avons surtout choisi le testicule, en raison de l'activité de ses éléments nobles et de l'intensité de la lymphopoièse qu'il provoque.

Cliniquement, la greffe néoplasique ne parut guère influencée ; mais histologiquement, dans cette zone limite où s'accuse le conflit organo-testiculaire, on ne put constater aucune modification constante de la résistance des cellules sarcomateuses ni de la structure du sarcome. Et s'il se produisait parfois une nécrose de voisinage, cette nécrose paraissait attribuable autant à des troubles d'oblitération vasculaire qu'à une résorption proprement dite.

Et tout cela malgré une *lymphocytose extrêmement considérable.*

Les phénomènes réactionnels, macrophagiques et lymphocytaires, ne dévient en aucune façon vers la tumeur expérimentale, et l'action attractive qu'exerce sur les lymphocytes la greffe testiculaire en résorption semble intéresser les cellules tumorales elles-mêmes qui pénètrent celle-ci en quelques points.

Par endroits, les cellules néoplasiques se trouvent donc mêlées au conflit existant entre les éléments de défense de l'hôte et la greffe hétérogène : elles ne paraissent pas souffrir du voisinage.

Nous croyons donc pouvoir donner la conclusion suivante qui est assez éloignée de celle de Murphy : la lymphocytose traduit une action irritative de caractère assez banal. Propre à toutes les infections et irritations lentes et chroniques, ainsi que l'un de nous l'a montré avec M. Achard en 1902, elle ne paraît *pas posséder dans la défense contre le tissu cancéreux l'importance quasi spécifique* que certains auteurs tendent à lui attribuer.

(*Travail du laboratoire Lorain à l'hôpital Tenon.*)

Considérations sur les blessures observées au cours de la guerre gréco-turque en Asie-Mineure pendant la marche sur Angora.

Par Ath. CONTARGYRIS,
Chirurgien de l'ambulance Alpine‘XIIa.

La dernière guerre mondiale a transformé notre façon de voir et notre conduite envers les blessures de guerre à tel point que nous pouvons considérer, maintenant, deux périodes dans l'histoire des blessures de guerre : 1° la période d'avant 1914 ; et 2° la période qui a suivi la guerre européenne.

En effet avant 1914 on savait : *a*) que les blessures de guerre étaient produites le plus fréquemment par balle tandis que les blessures par éclat d'obus étaient rares ; *b*) que les blessures par balle étaient bénignes surtout, depuis l'invention du fusil de nouveau système dont les projectiles sont petits, peu déformables et peu infectants ; *c*) qu'au point de vue thérapeutique il était de règle d'être conservateur à moins de traumatismes considérables ou d'hémorrhagies qui forceraient la main du chirurgien.

Les enseignements que nous avons tirés de la guerre européenne sont tout à fait différents. En effet, cette fois les blessures les plus fréquentes par balle étaient exceptionnelles. Quant à l'abstention, celle-ci fut condamnée après les désastres qu'elle a provoqués pendant les premiers mois de la guerre et les chirurgiens sont devenus par la suite de plus en plus interventionnistes.

Voici en quels termes s'exprime à ce propos le professeur PHOCAS (*Revue médicale d'Athènes*, 1918, n°2, p. 49) qui a suivi la guerre gréco-turque de 1897, la guerre Balkanique (1912-13) et la guerre européenne en France : « Fidèle aux principes connus, j'étais partisan ainsi que d'autres chirurgiens comme le professeur Delorme, du traitement conservateur. Des circulaires recommandaient aux médecins du front (français) d'être très conservateurs et de se contenter d'une simple désinfection des orifices de la plaie après quoi évacuer les blessés le plus tôt possible dans les hôpitaux de l'arrière. Mais bientôt nous avons vu arriver aux formations sanitaires de l'arrière, des blessés dont la plupart étaient dans un état lamentable ; les uns avaient de la gangrène gazeuse, les autres du tétanos et la généralité suppuraient abondamment et présentaient des signes de septicémie et de pyohémie. Nous avons vécu les pires journées de la chirurgie. Il a fallu alors abandonner le dogme de la chirurgie conservatrice et pratiquer d'urgence, dans les conditions défavorables des larges débridements, des résections et des amputations. A la fin de la première année de la guerre, la Société de chirurgie de Paris admettait le principe de débridements larges dans les premières heures qui suivent le traumatisme pour éviter les grandes complications. »

Ainsi donc le principe de l'intervention immédiate était officiellement admis et avait déjà fait ses preuves en France et partout ailleurs lorsque les opérations gréco-turques recommencèrent en Asie Mineure, en août 1921, c'est-à-dire à peu près 3 ans après la fin de la grande guerre, dont elle n'a été, du reste, que la malheureuse continuation.

Il nous a semblé intéressant de faire connaître ici quelques observations sur les blessures de cette guerre pendant l'offensive grecque, vers Angora.

Notre étude porte sur 1.558 blessures que nous classerons pour la commodité de notre description en blessures de tête, de thorax, de ventre et des membres.

© BIU Santé

I. — Blessures de tête

Nous avons rencontré les blessures de tête dans une proportion de 6,5 % (soit 100 blessures de tête sur un total de 1,558 blessures). Quant à l'arme vulnérante la proportion que nous avons trouvée est la suivante ;

Blessures de tête par balle 80 %.
» » par éclat d'obus 20 %

Au point de vue de la gravité nous avons remarqué que sur 100 blessures de tête 39 étaient graves dont 7 ont amené la mort dans les 48 heures qui ont suivi le traumatisme. Mais comme 64 de ces blessures de tête étaient superficielles (ce qu'il faut attribuer au port généralisé du casque dans l'armée grecque) on voit de suite que la mortalité concernant les cas graves (7 morts sur 39 blessures graves) remonte à 18 %. Mais il faut bien dire que nous n'avons pas pu recueillir des renseignements sur le sort de 32 autres qui ont survécu les premiers jours, car nous avons été obligés pour des raisons militaires de les évacuer sur Eski-Sechir en toute hâte et dans des conditions défavorables, de sorte que nous pouvons penser que plusieurs d'entre eux sont morts (vu leur état très grave) en arrivant à l'ambulance d'Eskir-Sechir ou même en route. Nous n'avons eu le temps d'intervenir que sur 8 de ces derniers, mais pour les raisons que nous venons de citer nous ignorons le bénéfice que ces blessés ont pu tirer de notre intervention.

II. — Blessures du thorax

Les blessures du thorax ont été rencontrées dans une proportion de 10,3 % (100 blessures du thorax sur 1.558 blessés). Au point de vue de l'arme vulnérante on a eu :

Blessures par balle : 150 soit 93,7 % ;
Blessures par éclat d'obus : 10, soit 63 % ;

De 160 blessés du thorax 44 présentaient à leur arrivée à l'ambulance de la dyspnée, une respiration artificielle et fréquente, un pouls petit, filiforme, de la matité du côté blessé avec son skodique à la partie supérieure du thorax avec silence respiratoire à la base et souffle, avec égophonie au-dessus. Nous n'avons jamais rencontré l'ecchymose lombaire de Valentin ; par contre, l'hémoptysie a été un signe presque constant.

La plupart de ces blessures étaient en séton et quelques-unes seulement borgnes. Nous n'avons pas vu de blessures ouvertes de la poitrine. La mortalité immédiate fut nulle puisqu'aucun des blessés arrivés à notre ambulance n'est mort pendant les premiers jours qui ont suivi la blessure. Nous croyons que le repos joint au traitement symptomatique a un rôle favorable sur les blessures (à la condition naturellement qu'il ne s'agisse d'une hémorragie d'un gros vaisseau),

III. — Blessures du ventre

On les a rencontrées dans une proportion de 3,2 % (50 blessures du ventre sur un total de 1558 blessures en général)

Au point de vue de l'arme vulnérante on a eu :

Blessures par balle..... 49, soit 96 %
» par éclat d'obus..... 2, soit 4 %

25 % des blessures du ventre (soit 13 sur 51) présentaient à l'arrivée des blessés à l'ambulance des signes péritonéaux et 10 % étaient mortelles (5 morts sur 51 blessures) dans les premières 48 heures qui ont suivi la blessure.

Mais étant donné que de 51 blessés du ventre il n'y a eu que 18 qui avaient leur péritoine touché, la mortalité (évaluée sur ces 18 cas) monte tout de suite à 27,8 %.

Aucune intervention n'a été faite pour blessure du ventre dans notre ambulance parce que d'une part les blessés arrivaient un peu tard chez nous 40-48 heures après leur traumatisme et d'autre part une laparotomie exige, ainsi que le fait remarquer le professeur Delorme, des conditions d'installation matérielle qui ne sont pas toujours faciles à réaliser dans « la chirurgie de bataille » où le temps presse et où l'on n'a en général qu'une installation des plus primitives pendant la guerre de mouvements.

IV. — Blessures des membres

Les blessures des membres sont celles que nous avons rencontreés le plus fréquemment. En effet sur un total de 1558 blessés nous avons eu 1247 blessures des membres, parmi lesquelles 389 intéressaient les membres supérieurs et 858 les membres inférieurs (*fréquence* 80 %).

Au point de vue de l'arme vulnérante on a eu :
Blessures des membres par balles : 1145, soit 91 %.
Par éclat d'obus : 102, soit 9 %.

Nous distinguons : 1° les blessures des parties molles ; 2° les blessures avec fractures et 3° les blessures des articulations.

Blessures des parties molles des membres. — Les blessures des parties molles sont les plus nombreuses (901 dont 274 pour les membres supérieurs et 627 pour les membres inférieurs ; *fréquence* 72 %. L'immense majorité de ces blessures étaient en *séton* (846 soit 96 %) et quelques-unes seulement *borgnes* (58, 4 soit %).

Toutes les blessures borgnes ainsi que 15 % des blessures en séton présentaient au moment de l'arrivée des blessés dans notre ambulance des phénomènes d'infection et nécessitaient une intervention. Nous avons constaté que le petit nombre des blessures en séton qui ont été infectées était produit par balle mais de *courte distance*. Cela est dû sans doute à la grande vitesse du projectile qui dilacère les tissus traversés et les transforme en bon milieu de culture des microbes aérobies ou anaérobies. A la même constatation a été conduit pendant les mêmes opérations le professeur Codoléon (*Revue de médecine hellénique*, 1921, pp. 3-11).

Au point de vue thérapeutique nous avons suivi les principes classiques des débridements larges.

Nous n'avons jamais essayé la suture primitive. Le reste des blessures des parties molles des membres (80 %) ont présenté peu ou pas de signes d'infection et ont évolué vers une guérison rapide sans nécessiter aucune intervention.

Blessures des membres avec fractures. — Elles sont au nombre de 184 sur un total de 1247 blessures des membres (15 %). Ces fractures se répartissent comme il suit : *membres supérieurs* 60 (bras 21 ; avant-bras 12 ; main 27) et *membres inférieurs* 124 (cuisse 46, jambe 57, et pied 21). *L'ordre de fréquence décroissante* est donc : jambe, cuisse, main, bras, pied, avant-bras.

Dans tous ces cas nous fûmes obligés d'intervenir pour débrider largement et débarrasser le foyer de fracture des caillots des corps étrangers et des esquilles absolument libres.

Sur dix cas nous avons constaté un commencement de gangrène gazeuse et après avoir pratiqué un débridement large nous les avons évacués sur Eskir-Sechir. Pour l'im-

© BIU Santé

mobilisation nous nous sommes servis avec satisfaction des appareils plâtrés et des gouttières de Thomas.

Blessures des articulations des membres. — Sur 1.247 blessures des membres, nous avons rencontré 159 blessures articulaires, soit fréquence 13 %. Ces blessures se répartissent de la façon suivante : *membres supérieurs* 63 (épaule 31, coudes 27, et poignets 5) *membres inférieurs* 96 (hanche 1, genoux 69, cou-de-pied 26). L'*ordre de fréquence décroissante* est donc : genou, épaule, coude, cou-de-pied, poignet, hanche.

L'infection avec ou sans épanchement a été rencontrée sur les 2/3 de ces blessures. Dans quelques-uns de ces cas les phénomènes infectieux s'amendèrent par la simple immobilisation dans une gouttière après l'application d'un pansement humide à l'alcool. Chez les autres, par contre, nous fûmes amenés à pratiquer l'arthrotomie avec drainage. Le restant, c'est-à-dire le tiers du nombre total des blessures articulaires, n'ont présenté aucun signe d'infection. L'immobilisation de l'articulation et un pansement antiseptique ont paru suffisants.

La mortalité des blessures des membres a été *minime* (1 mort sur 1247 blessures des membres). Encore faut-il dire que cette mort est due au tétanos qui a paru à l'arrivée du blessé à l'ambulance.

Conclusions. — En résumé on voit de tout ce qui précède que : 1° pendant l'offensive grecque sur Angora les blessures étaient surtout par balles (91 %) et rares étaient les blessures par éclat d'obus (9 %) ; 2° les blessures rencontrées sont classées *par ordre de fréquence décroissante* comme il suit : blessures des membres (80 %), de thorax (10 %), de tête (6,5 %) et de ventre (3 3,2 %) ; 3° le tiers des blessures par balle ont présenté une gravité toute particulière, mais *les débridements larges* appliqués de bonne heure, c'est-à-dire le plus tôt après le traumatisme, ont rendu ainsi que pendant la guerre européenne, de réels services ; 4° au point de vue *mortalité*, ce sont les blessures du ventre qui ont présenté la plus forte mortalité (27 %) dans les 48 heures qui ont suivi la blessure et ensuite celles de la tête (18 %). Les blessures des membres n'ont présenté pendant les mêmes délais, qu'une infime mortalité (1 mort sur 1247 blessures des membres). Enfin aucun des blessés du thorax n'est mort dans les 48 heures qui ont suivi le traumatisme, mais le quart environ de ceux-ci ont présenté des symptômes d'épanchement.

La France gastronomique. Guide des merveilles culinaires et des bonnes auberges françaises. Environs de Paris. II. Seine-et-Marne, Aisne. Prix : 3 fr. 50. Rouff, éditeur, 8, boulevard de Vaugirard. Paris.

L'Eubiotique sociale, par le Docteur Stan. Ruzicka, Professeur d'hygiène et Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Brateslava (Tchécoslovaquie), in-8, 1923 : 8 fr. 50, Librairie médicale A. Maloine et fils, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

L'eubiotique sociale. Le problème de la forme saine d'organisation de la société humaine, analysé par un hygiéniste : La vie familiale en connexion étroite avec la nature est l'unique base naturelle possible de toute culture populaire, base aveuglément délaissée et oubliée par la culture actuelle. La valeur de l'écrit est augmentée par des indications tout à fait concrètes en vue de la *réalisation* de l'idée, la démonstration étant faite en prenant pour exemple le jeune et énergique Etat tchécoslovaque ressuscité.

FAITS CLINIQUES

Délire aigu à staphylocoque à forme de manie confuse traité par l'électrargol et le vaccin antistaphylococcique.

Par **Henri DAMAYE**,
Médecin des asiles d'aliénés.

Nous avons exposé, en différents travaux et en d'autres articles, l'étiologie commune des cas de délire aigu et de delirium tremens qu'il nous fut donné d'observer. Nous avons en même temps montré par un certain nombre de faits cliniques que le traitement de ces affections graves, — et d'ailleurs celui de toutes les psychoses aiguës toxi-infectieuses — est, à l'heure actuelle, l'électrargol avec le sérum antiinfectieux approprié (1).

Le délire aigu est une psychose due à une septicémie et s'accompagnant de fièvre élevée. Cliniquement, la confusion mentale onirique avec vive agitation en est la réaction mentale la plus ordinaire. Mais parfois aussi, comme nous l'avons montré, la réaction mentale peut être une mélancolie avec stupidité ou encore, mais beaucoup plus rarement, un délire sans grand appoint confusionnel.

La délire aigu, fréquent pendant les restrictions alimentaires de la guerre, devient plus rare. Délire aigu et délirium tremens sont très curables chez les sujets jeunes si on leur oppose de bonne heure la thérapeutique antiinfectieuse. Chez les sujets âgés ou chez ceux qui ont eu en leur existence de nombreuses ou de graves maladies infectieuses, le pronostic est au contraire assez sombre parce que les viscères (foie, reins, rate...) ont subi des dégénérations qui empêchent l'organisme de se défendre suffisamment.

Le terrain joue donc un rôle capital dans le délire aigu et le delirium tremens. Chez un homme de vingt et un ans, sans lésions tuberculeuses, mais à lourde hérédité et ayant fait une grippe délirante quatre ans auparavant, qui succomba à un délire aigu, nous trouvâmes des viscères très dégénérés et des cellules cérébrales étonamment chargées d'un abondant pigment jaune tout comme celles des vieillards.

Aujourd'hui nous rapportons l'évolution clinique d'un délire aigu à staphylocoque traité par l'électrargol et le vaccin (2).

Mlle B..., vingt-quatre ans, institutrice, entre à l'asile en état de délire aigu le 16 août 1923. Aucun renseignement sur les antécédents, et famille très réticente. Le début de la psychose remonterait à trois ou quatre jours.

La malade présente une manie aiguë avec appoint confusionnel et hallucinations. Insomnie complète. Nous remarquons que l'appoint confusionnel ne se manifeste qu'à certains moments ; à d'autres on a le tableau mental de la manie pure.

Langue saburrale tendant à la sécheresse. Pouls flasque mais régulier, zones ovarienne, mammaire, thyroïdienne très sensibles à la pression. Rien aux poumons. Rien à l'examen des organes génitaux.

La température atteint 38° le soir et tend à s'élever les jours suivants.

La malade s'alimente bien, ce qui donne aussitôt de l'espoir. Nous instituons la médication suivante. Alimentation par le lait sucré avec des œufs (1 litre 1/2 ou deux litres). Compresse humide en permanence sur tout le visage, le front, la tête. Injections quotidiennes de strychnine. Cha-

(1) Damaye et Pélawski. — Traitement antiinfectieux dans les psychoses aiguës fébriles. (*L'Encéphale*, juin 1923.)
Deux formes de délire aigu et leur traitement. *Le Progrès médical*, 7 juillet 1923.

(2) Les formes de délire aigu à staphylocoque sont très fréquentes, beaucoup moins graves que celles à streptocoque pur ou associé.

© BIU Santé

que jour 500 cc. sérum artificiel glyco-ioduré. Chaque jour 20 cc. électrargol. Hyoscine le soir.

On préleva du sang pour examen bactériologique et l'on fit une injection, à tout hasard, de vaccin antistaphylococcique.

La température monta quand même, malgré la médication. Le 24 août au soir, elle atteignait 40°, nous fîmes alors d'un seul coup 40 cc. d'électrargol, une injection de vaccin antistaphylococcique et un abcès de fixation à la térébenthine au membre inférieur.

Le lendemain matin, succès ; chute en crise de la température à 38°.

M. le prof. Rappin, Directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, nous fait connaître le résultat de l'examen du sang : « L'ensemencement en bouillon a donné une *culture de staphylocoques* (assez rares). »

Le tableau clinique restait le même : manie confuse avec agitation, mais la confusion était plus accentuée et plus continue qu'au début.

On continua la médication mais en cessant l'électrargol. On fit du vaccin antistaphylococcique.

Le 27 août au soir, la température remonte à 39°4, mais descendit à 37°2 le lendemain matin. L'abcès de fixation évoluait.

A partir du 28 août, la température oscille d'abord entre 37° et 38°, puis un peu entre 38° et 38°2 et enfin, une fois l'abcès de fixation terminé, elle redevient normale.

La malade reste maniaque, mais la confusion mentale disparut dans les premiers jours de septembre.

On revint alors à l'alimentation normale. On donna du sirop antiscorbutique et l'on fit une série de cacodylate de soude.

L'état de manie pure se prolongea jusqu'en fin octobre et disparut alors. La malade fut, à cette époque, reprise par sa famille, à peu près guérie.

En résumé, cette observation nous montre un *délire à staphylocoque* dont la réaction mentale fut une manie aiguë confusionnelle. Grâce au traitement par hautes doses d'électrargol et vaccin antistaphylococcique aidés par le sérum artificiel et l'abcès de fixation, la température ne se maintint pas à 40° et l'infection s'atténua.

ACTUALITÉS

La physiologie des parathyroïdes

d'après le travail d'HARALD A. SALVESEN.

Travaillant à l'Institut physiologique de l'Université de Christiania, M. Harald Salvesen a mis sur pied un mémoire extrêmement intéressant consacré à l'étude des glandes parathyroïdes (1), mémoire que nous nous devons de résumer pour nos lecteurs.

Les parathyroïdes sont des organes d'importance vitale. Leur extirpation complète amène rapidement la mort. Le tableau clinique se compose principalement de symptômes neuro-musculaires, de convulsions parfois violentes, que l'on appelle tétanie parathyréoprive.

Si l'extirpation est incomplète, les symptômes sont absents ou temporaires ou ont un caractère chronique et consistent alors en troubles de la nutrition, convulsions et irritabilité neuro musculaire.

La fonction thyroïdienne et la fonction parathyroïdienne sont distinctes.

La violence des symptômes donnant l'impression d'une intoxication, on avait conclu que les parathyroïdes ont pour fonction de neutraliser un poison normalement produit par l'organisme.

(1) *Acta medica Scandinavica*, 1923, sixième supplément

SALVESEN, plutôt que d'étudier ces symptômes bruteaux, s'est attaché à rechercher les troubles du métabolisme produits en même temps qu'une tétanie latente. Pour cela, il a extirpé trois parathyroïdes sur quatre ; — puis s'il n'y avait pas production de symptômes qu'il voulait étudier, il extirpait la dernière glandule. De plus il a étudié l'effet des substances dont l'administration empêche l'apparition de la tétanie.

Influence des parathyroïdes sur le métabolisme des protéines. Après parathyroïdectomie, il y a une augmentation de l'excrétion d'azote et une augmentation de production d'ammoniaque. L'excrétion d'azote ne débute d'ailleurs qu'après les convulsions. De plus il y a une augmentation de l'excrétion de corps puriques, d'azote « indéterminé » et de créatine.

On a interprété l'augmentation d'ammoniaque comme une réaction à une acidose et, pour certains, cette acidose est devenue le fondement de l'état parathyréoprive.

Inversement d'autres auteurs ont parlé d'alcalose qui par réaction appelle une acidose — laquelle acidose est réalisée par une production d'acide, lors des convulsions.

Par ailleurs, W. F. KOCH en 1912 trouva dans l'urine des chiens parathyroïdectomisés un excès de bases toxiques et en particulier de guanidine. PATON, peu après, démontra que l'administration de guanidine cause de la tétanie tout comme la parathyroïdectomie et il conclut que les parathyroïdes contrôlent le métabolisme de la guanidine.

Les expériences de SALVESEN lui ont montré qu'en cas de tétanie latente, le métabolisme des protéines est normal.

Quant à la guanidine, s'il est bien vrai qu'elle détermine des convulsions, elle ne détermine pas les modifications du taux de calcium et du phosphore dans le sang qui, pour SALVESEN, sont les effets spécifiques de l'insuffisance parathyréoprive.

De plus de fortes doses de guanidine sont nécessaires pour produire les convulsions, aussi bien en cas d'insuffisance parathyroïdienne que dans les cas où le sujet est normal.

Influence sur le métabolisme des hydrates de carbone. L'ablation des parathyroïdes est suivie de glycosurie (FALKENBERG, HIRSCH, nié par MAC CALLUM etc.), d'un abaissement de la tolérance au sucre (surtout quand la tétanie est déclarée) et d'une hypoglycémie (UNDERHILL et BLATHERWICK). L'injection de calcium empêche cette hypoglycémie.

L'hypoglycémie peut s'obtenir par des doses subléthales de guanidine. (WATANABE.)

D'après SALVESEN, il n'y a pas d'hypoglycémie ni de glycosurie spontanée et s'il y a un abaissement de la tolérance pour le sucre, cet abaissement est fonction de l'hypocalcémie dont nous aurons à parler tout à l'heure. Un traitement par le lactate de calcium fait disparaître ce symptôme qui, par ailleurs, est proportionnel aux variations de la calcémie.

Le trait caractéristique de l'insuffisance parathyroïdienne, c'est une chute du calcium sanguin. MAC CALLUM et VOEGTLIN en 1909 font disparaître, à tous coups, les convulsions par l'injection intra-veineuse de sels de calcium. Les tissus et le sang ont 50 % de calcium en moins que normalement. Les urines et les selles contiennent une grande quantité de calcium. Ils considèrent d'ailleurs cet état comme secondaire à l'acidose.

On rapprocha ces faits de l'action inhibitoire des sels de chaux sur l'irritabilité musculaire et cérébrale.

MOREL accélère la croissance des os par l'emploi d'extraits de parathyroïdes. CANAL retarde la consolidation de fractures par la parathyroïdectomie. L'administration de parathyroïde augmente la quantité de *Ca* trouvée dans les os ; donc, dit BOEZ, les parathyroïdes favorisent la fixation de *Ca* par le tissu osseux.

SALVESEN a vérifié que la chute du calcium après parathyroïdectomie est constante et que c'est la caractéristique de la maladie. Des chiens parathyroïdectomisés ont été maintenus en vie indéfiniment par l'emploi de sels calciques. Le lait empêche la tétanie par ses sels de calcium

© BIU Santé

(1 gr. 98 par litre) ; le lait appauvri en calcium n'empêche pas la tétanie.

C'est parce qu'il y a hypocalcémie qu'il y a diminution de la tolérance au glucose.

L'hypocalcémie est consécutive à une augmentation considérable de l'excrétion calcique par voie intestinale. On ne peut faire que des hypothèses sur la nature de cet abaissement du seuil intestinal.

En même temps que la chute du calcium, il se produit du fait de la parathyroïdectomie une rétention de phosphore dans l'organisme et on aurait obtenu par l'injection intra-veineuse de phosphates des symptômes typiques de tétanie et une chute du calcium sanguin. (Greenwald, Binger).

Salvesen a constaté que le taux de phosphore du sang n'a pas de variations régulières : il augmente considérablement après l'opération, puis descend et se maintient à des valeurs inférieures ou supérieures à la normale, sans qu'il y ait de rapport entre les chiffres obtenus et l'importance des symptômes observés.

Influence de la parathyroïdectomie sur l'équilibre des acides et des bases. Nous avons déjà vu que certains auteurs avaient parlé d'acidose parathyréoprive et d'autres d'alcalose, qui, pour neutralisation, déterminait, par le moyen des convulsions, une acidose de compensation.

L'urine est alcaline.

De fortes doses de bicarbonate de soude injectées dans les urines déterminent des convulsions.

La respiration forcée avec acapnie détermine des signes de tétanie.

Salvesen n'a pas constaté d'alcalose après parathyroïdectomie. Les effets du bicarbonate et de la respiration lui paraissent fonction d'un trouble intermédiaire du métabolisme calcique.

Conclusions : **Les parathyroïdes ont pour fonction de contrôler le métabolisme de la chaux** sans que nous sachions le mécanisme de cette fonction.

Les parathyroïdes appartiennent au même système que la thyroïde. La thyroïde contrôle le métabolisme de ce qui est organique et la parathyroïde de ce qui est inorganique.

Cette théorie est bien plus physiologique que celle qui représente les parathyroïdes comme luttant contre une intoxication : les théories de la désintoxication par les diverses glandes endocrines qui ont été proposées au cours de l'histoire de l'endocrinologie sont toujours contredites par les faits expérimentaux. Dire que les parathyroïdes ont pour effet de neutraliser un poison, c'est dire que le pancréas a pour fonction de neutraliser les produits acétoniques.

Conclusions pathologiques : 1° La tétanie infantile semble bien être causée par l'insuffisance parathyroïdienne (résultats d'autopsie, parallélisme entre les symptômes et le taux de la calcémie).

2° L'épilepsie ne s'accompagne pas d'hypocalcémie dans les cas ordinaires : il est probable qu'elle n'est pas due à l'insuffisance thyroïdienne.

3° L'hypocalcémie observée au cours de l'éclampsie est légère et comparable aux chiffres trouvés dans les gestations normales : donc, là encore, les parathyroïdes n'ont rien à voir.

4° La maladie de Parkinson ne s'accompagne pas d'hypocalcémie.

5° S'il y a hypertrophie des parathyroïdes dans l'ostéomalacie, c'est sans doute pour compenser les pertes en calcium.

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juill t 1924.

Insuffisance glycolytique. — ***M. Achard***, répondant à des critiques de M. Labbé, fait remarquer que l'épreuve de l'exhalation carbonique, appliquée à la recherche de l'insuffisance glycolytique dans le diabète et les autres maladies, n'est pas sans valeur. Ses résultats concordent avec ceux des autres épreuves. Elle a un grand intérêt théorique parce qu'elle prouve l'insuffisance de la combustion rapide du sucre. Mais en ce qui concerne la pratique médicale, elle n'est pas nécessaire, pas plus d'ailleurs que les autres épreuves, pour le diagnostic, car le diabète se reconnaît aisément sans elles et n'est pas non plus bien utile pour le pronostic, car aucune de ces épreuves ne mesure exactement le degré de l'insuffisance glycolytique.

Quant à la mesure du quotient respiratoire, parfaite en théorie, elle se prête mal aux conditions de la clinique.

Traitement des pleurésies purulentes. — ***MM. Vallet*** et ***Augé*** communiquent les résultats favorables qu'ils ont obtenus, dans le traitement des pleurésies purulentes, par l'emploi d'un autovaccin, associé ou non au traitement chirurgical.

Cinématographie de l'arrêt du cœur provoqué par le réflexe oculo-cardiaque dans un cas de paralysie diphtérique. — ***M. Achard***, en son nom et au nom de M. Thiers, fait une démonstration cinématographique de l'arrêt du cœur et des mouvements désordonnés, puis de l'arrêt des mouvements du diaphragme provoqués par le réflexe oculo-cardiaque dans un cas de paralysie diphtérique.

Stérilisation des eaux de boissons des Alpes-Maritimes par l'ozone ***M. Léon Bernard*** fait connaître les résultats obtenus par ce mode de stérilisation. En 1911, les maires de ces différentes villes ont obtenu l'établissement d'une usine installée au col de Villefranche destinée à stériliser l'eau par l'ozone sous la direction du docteur Barbary, médecin inspecteur des services d'hygiène, usine qui fournit 26.000 mètres cubes par jour. Voici les conclusions de ce rapport :

Les résultats fournis après dix ans de fonctionnement de l'usine du col de Villefranche nous permettent de déclarer :

1° Au point de vue bactériologique le procédé de stérilisation par l'ozone a assuré aux eaux des Alpes-Maritimes ainsi traitées toutes les qualités réclamées par les eaux dites d'alimentation, après contrôle bactériologique régulier ;

2° Ce procédé réunit des conditions de simplicité, de régularité de contrôle tout à fait exceptionnelles pour le bon rendement d'une usine ;

3° La présence de l'ozone, aux doses suffisantes pour sa stérilisation, présence au reste momentanée, n'offre aucun inconvénient pour l'économie.

Le relief dans la vision monoculaire et binoculaire. — ***M. Jarnier*** lit une note sur ce sujet accompagnée de projections.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1924.

Un cas de diabète infantile traité par l'insuline avec accidents cutanés graves ; l'érythrodermie œdémateuse insulinienne. — ***MM. P. Lereboullet, Marcel Lévy*** et ***R. Frossard***, à propos d'une observation personnelle, insistent sur les accidents d'intolérance cutanée, heureusement exceptionnels, qu'on peut rencontrer au cours du traitement du diabète par l'insuline.

Chez leur malade, âgée de 4 ans et demi, atteinte d'un diabète grave évolutif, les accidents ont commencé vingt et un jours après le début des injections. Ils se sont aggravés progressivement, obligeant à rendre discontinu et inefficace le traitement. Ils ont été en grande partie responsables de la mort de la malade.

A leur complet développement, ils présentaient un double caractère : les uns étaient des accidents locaux, au point d'injection : rougeur, œdème, aspect pseudo-phlegmoneux, parfois escarre,

© BIU Santé

Les autres étaient généralisés : urticaire, érythèmes morbilliformes et scarlatiniformes, fugaces, développés sur un fond permanent et progressif d'érythrodermie œdémateuse ; en même temps la fièvre était très élevée et l'état général très mauvais.

Par leur apparence clinique, ces symptômes se rapprochent des formes graves de la maladie sérique et même de l'érythrodermie œdémateuse arsenicale.

Leur interprétation est complexe. Ils peuvent être considérés comme des réactions de sensibilisation aux impuretés protéiniques de l'insuline ou à l'insuline elle-même. D'autre part l'insuline a une action certaine sur le métabolisme de l'eau et prédispose aux œdèmes. Enfin le terrain joue de toute évidence un rôle primordial, la peau du diabétique étant particulièrement fragile et peu résistante aux infections secondaires.

Essai de détermination quantitative de l'urobiline dans le liquide duodénal prélevé par tubage. Recherche parallèle de l'urobilinogène. — MM. ***M. Chiray*** et ***R. Benda***, après avoir rappelé leurs premières recherches sur la détermination qualitative de l'urobiline dans le suc duodénal prélevé par tubage, exposent comment ils ont été amenés à modifier leur technique initiale pour établir un procédé de détermination quantitative permettant par ailleurs l'étude parallèle de l'urobiline et de l'urobilinogène. Après avoir passé en revue les différentes méthodes employées jusqu'ici, ils adoptent le procédé américain qui mesure l'urobilinocholie duodénale par le coefficient de dilution alcoolique nécessaire à l'extinction de la bande spectroscopique de l'urobiline. Quant à l'urobilinogénocholie duodénale, elle peut être constatée et appréciée par l'intensité plus ou moins grande de l'aldéhyde réaction d'Ehrlich plutôt que par la méthode spectroscopique.

Chez les sujets normaux, il y a toujours de l'urobiline dans la bile duodénale et son taux varie pour les divers échantillons fournis par l'épreuve de Meltzer-Lyon. Les dosages parallèles de l'urobiline et de la bilirubine donnent les moyennes suivantes :

	Urobiline	Bilirubine
Bile A :	40 à 60 unités	12 unités Hijams v. d. Bergh.
Bile B :	60 à 80 unités	40 unités Hijmans v. d. Bergh.
Bile C :	20 à 30 unités	8 unités Hijmans v. d. Bergh.

Les variations de l'urobiline duodénale sont d'ailleurs beaucoup moins fixes que celles de la bilirubine et ne suivent pas fatalement celles-ci. Il y a hypourobilinocholie dans la leucémie et hyperurobilinocholie dans l'anémie pernicieuse et l'ictère hémolytique. Quant à l'urobilinogène, les auteurs concluent à sa présence constante en proportions notables dans la bile vésiculaire et à son absence habituelle dans la bile cholédocienne et la bile hépatique où il peut tout au plus exister à l'état de traces très légères. Chaque fois que la réaction d'Ehrlich met en évidence la présence du chromogène dans la bile cholédocienne et la bile hépatique, on peut affirmer qu'il s'agit d'un cas pathologique, sous réserve que la bile en question soit réellement une bile hépatique. L'urobilinogène duodénal paraît avoir une valeur sémiologique considérable, soit comme élément du syndrome de stase biliaire, soit comme manifestation de l'infection biliaire latente.

Purpura chronique, seul symptôme apparent d'une endocardite infectieuse latente. — MM. ***Aubertin*** et ***Rimé*** rapportent un cas d'endocardite infectieuse latente, développée sur une lésion aortique ancienne de nature syphilitique et dont le symptôme essentiel fut un purpura chronique récidivant, ayant débuté en mars 1923 et dont la dernière poussée eut lieu en juillet 1924 peu de jours avant la mort. Ce purpura s'accompagnait d'hépato-myélie et de splénomégalie : l'autopsie seule permit de le rattacher à l'endocardite végétante qui avait provoqué des embolies viscérales.

Maladie osseuse de Paget. Gomme du maxillaire. Aortite. Tabès. — MM. ***Mathieu Pierre Weill*** et ***Robert Azoulay*** rapportent l'observation d'une malade de 51 ans, syphilitique ancienne, aortique et tabétique chez laquelle il y a 4 ans, en même temps qu'une gomme ulcérée du maxillaire supérieur qui a rapidement guéri sous l'influence du traitement spécifique, s'est développée une maladie osseuse de Paget, actuellement généralisée avec participation des petits os de la main et hyperthermie local au niveau des déformations.

L'importance de la syphilis chez cette malade permet d'admettre son intervention dans l'éclosion des déformations pagétiques. D'autre part une hérédité osseuse bien particulière semble d'ailleurs avoir contribué à la localisation lésionnelle (mère atteinte d'incurvation des tibias, tante atteinte de rhumatisme chronique, sœur atteinte de suppuration intermittente des pieds). Mais les auteurs se refusent à admettre la nature exclusivement syphilitique de la maladie de Paget et se rallient à l'opinion selon laquelle ses déformations sont liées à un trouble que la syphilis peut engendrer mais qui ne lui appartient pas en propre.

Valeur pronostique de la réserve alcaline dans l'acidose diabétique. — MM. ***Labbé, E. Neveux et J. Slosse***. — Rien n'est plus difficile que le pronostic de l'acidose diabétique, et la prévision du coma ; rien n'est plus nécessaire à établir avec précision puisque la guérison du coma dépend avant tout de la précocité d'application du traitement. Les auteurs rapportent deux observations ; 1° la première, dans laquelle une jeune fille de 20 ans, atteinte de diabète grave, tombe brusquement dans le coma et meurt malgré le traitement par l'insuline ; le coma n'avait été précédé d'aucun symptôme prémonitoire et l'excrétion de corps acétoniques était forte mais non excessive (17 à 37 grammes par jour), mais le dosage de l'acide carbonique du sang indiquait seulement 29 volumes, puis 21, 4 volumes ; 2° la seconde, où un diabétique gravement atteint ayant depuis plusieurs semaines des doses de 60 gram. de corps acétoniques arrivé à Paris après un voyage de 1000 kilomètres et ne présente aucun symptôme prémonitoire du coma diabétique ; le dosage du CO^2 donnait à son arrivée 57,9 volumes et au sixième jour 66,4 volumes. Il ressort de ces faits que la réserve alcaline donne dans quelques cas un pronostic plus exact que la cétose ; les deux procédés d'examen doivent être associés.

Volumineux diverticule duodénal près de l'angle duodéno-jéjunal. — MM. ***P. Carnot*** et ***N. Péron***. — Les diverticules duodénaux ont été assez rarement signalés en France et ceux de la 4e portion de l'organe sont des plus exceptionnels. A l'examen radioscopique d'un homme de 74 ans qui accusait des troubles digestifs assez vagues, on découvre une image tout à fait anormale de la région de l'angle duodéno jéjunal ; image arrondie remplie à sa partie inférieure par de la bouillie barytée avec un niveau opaque des plus nets, et à sa partie supérieure par une bulle d'air, l'ensemble réalisant un aspect de niche de Haudeck. La confusion avec un ulcère de la petite courbure aurait été commise, si l'on n'avait pas vu l'image se constituer après passage duodénal.

Le malade ayant succombé à une affection intercurrente ; l'autopsie permit de découvrir à la partie terminale du duodénum au-dessous du muscle de Treitz un volumineux diverticule, mesurant près de 5 centim. de diamètre, qui paraît total et vraisemblablement congénital. A l'état de réplétion il correspond exactement à l'image diverticulaire obervée sur les clichés. Dans un cas analogue de Robineau et Gally, le diverticule moins volumineux siégeait dans la même région. Les auteurs américains signalent la rareté de cette localisation des diverticules duodénaux.

Syphilis nerveuse tertiaire. Asthénie. Traitement. — ***M. R. Benon*** (Nantes) attire l'attention sur les problèmes diagnostiques et thérapeutiques que pose la question de la syphilis nerveuse chronique quand elle s'accompagne d'un syndrome asthénique (amyosthénie, anidéation, céphalée, insomnie, etc.). Les diagnostics à discuter sont : la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la syphilis nerveuse chronique simple, l'asthénie chez un syphilitique chronique, soit par surmenage, soit par choc moral, soit par traumatisme, soit par intoxication médicamenteuse, etc. Le traitement de choix est le 914 et le bismuth, ou le 914 et le cyanure de mercure.

Le métabolisme basal chez les basedowiens traités par l'électrothérapie. — MM. ***M. Labbé, Faure-Beaulieu, Sézary, Stévenin*** et ***Delherm***. — La détermination du métabolisme basal est

© BIU Santé

le meilleur moyen de surveiller les effets du traitement électro-radiologique. Il s'abaisse et revient à la normale en même temps que les symptômes cliniques diminuent et disparaissent. Par sa mesure on peut se rendre compte de l'efficacité du traitement par les rayons X et par la galvanofaradisation isolées ou associées ; de la supériorité de ces deux méthodes du traitement en général ; de l'efficacité dans chaque cas particulier ; de la durée et de la prolongation nécessaire du traitement ; du moment où il doit être cessé pour éviter la production d'une insuffisance parathyroïdeo u d'un myxœdème. Grâce à la mesure du métabolisme basal répété assez souvent, le traitement électroradiologique de la maladie de Basedow acquiert son intensité maxima et n'expose à aucune des complications qui ont été signalées.

MM. *Beclère* et *Lian* partagent l'opinion de M. Labbé et ses collaborateurs et insistent sur la valeur de la fréquence et de l'instabilité du pouls dans le traitement radiothérapique en l'absence du métabolisme basal.

Tabès à début par ataxie suraiguë, curable. — MM. *Alajouanine* et *Périsson* présentent un homme de 28 ans du service du professeur Guillain qui a été pris brusquement un matin d'une ataxie considérable, augmentant encore par l'occlusion des yeux, et sans modification de la force musculaire. Cette ataxie s'accompagne d'arreflexie tendineuse généralisée, de troubles discrets de la sensibilité profonde ; de légers troubles sphinctériens n'ont duré que quelque jours, pas de douleurs, pas de signes d'Argyll-Robertson. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose, réaction de Wassermann et du benjoin colloïdal positives. Le traitement institué aussitôt a déjà fait regresser en un mois les phénomènes ataxiques de façon très marquée.

Il s'agit d'un fait rare comparable aux faits décrits par M. Guillain sous le nom de forme ataxique suraiguë transitoire et curable de tabès évolutif. Il faut y souligne : 1° le début brusque, brutal de l'ataxie, 2° l'apparition chez un tabétique fruste, à tel point que l'ataxie est la première manifestation nette ; 3° qu'il s'agit de véritable poussée évolutive avec réactions humorales très positives ; 4° enfin que ces faits sont curables par le traitement antisyphilitique.

Les auteurs, pour expliquer ces faits de brusquerie, de curabilité, émettent l'hypothèse d'une véritable myélite inflammatoire postérieure.

Syndrome fruste de stéatonécrose avec vomissements incoercibles et asthénie. — MM. *Merklen* et *Wolf* rapportent l'histoire d'une femme de 45 ans dont le symptôme émergent consista en vomissements incoercibles à propos de la moindre ingestion d'eau hors de toute alimentation. Asthénie marquée et progressive. Au bout de quelques jours, acétonurie et urobilinurie ; puis subictère. Rien ne permettait d'incriminer le pancréas, lorsque, quelques heures avant la mort, la malade eut une telle douleur épigastrique en barre en passant du décubitus à la position couchée qu'on dut renoncer à l'asseoir. La notion de lésion du pancréas fut soulevée par cet épisode ; associée à l'ictère, elle orienta les présentateurs vers celle de stéatonécrose. L'autopsie démontra le bien-fondé de cette façon de voir.

A propos de ce cas, les auteurs ont recherché dans quelle mesure les pancréatites peuvent être envisagées comme cause des vomissements incoercibles. La bibliographie des pancréatites leur a permis de retrouver des faits analogues, la plupart d'origine allemande. Les vomissements sont liés à une excitation du plexus solaire sous l'influence de l'inflammation glandulaire.

Il y a là un point qui n'est pas sans intérêt clinique.

A relever d'autre part dans cette observation l'absence de résistance au niveau de l'épigastre, l'absence de battements épigastriques, l'absence d'amaigrissement. Les douleurs subjectives et objectives et le subictère de la malade ne suffisaient pas à incriminer le pancréas. Aussi bien n'est-il plus exagéré de conclure que le syndrome de stéatonécrose s'est présenté ici sous des allures assez frustes pour revêtir un cachet très différent de ce que l'on a l'habitude d'observer.

Pancréatite scléro-gommeuse et rétro-péritonéale calleuse syphilitique. — MM. *Paul Carnot* et *N. Péron*. — Une femme de 33 ans présente le tableau clinique d'une cirrhose hypertrophique avec ascite, il n'existe pas de grosse rate, mais l'ascite rapidement constituée et reproduite fait penser à une pyléphlébite. Malgré un traitement antisyphilitique, sur la foi d'une séroréaction positive, mort rapide par cachexie. Or l'autopsie montra, outre une intégrité relative du foie, des lésions très étendues de la région pancréatique. Le pancréas n'est plus reconnaissable ; à sa place se trouve, derrière le péritoine de l'arrière-cavité, une masse scléro-lipomateuse adhérente au duodénum, aux vaisseaux mésentériques, aux nerfs et aux ganglions, mais respectant la veine splénique ; la rate n'est pas hypertrophiée. Histologiquement on trouve difficilement autour du canal de Wirsung quelques acini pancréatiques étouffés par la sclérose, les rares îlôts langerhausiens sont infiltrés ; d'assez nombreuses veines sont thrombosées. Il existe en outre des gommes miliaires disséminées le long des capillaires.

En résumé syphilome pancréatique avec rétro-péritonite calleuse et adhésive comparable aux médiastinites syphilitiques. Il s'agit donc d'une forme ascitique de pancréatite, mais sans diabète, assez comparable au point de vue lésionnel à un cas publié antérieurement par MM. Carnot et Harvier, mais en différant cliniquement par l'absence de glycosurie.

Evolution des réactions biologiques chez les paralytiques généraux non traités. — MM. *Sézary* et *Barbé* pour pouvoir apprécier en toute sécurité l'action du traitement chez les paralytiques généraux, ont étudié, avec la collaboration de MM. Pomaret et Gallerand, les modifications qui se produisent spontanément dans le liquide céphalo-rachidien et le sang chez ces malades non traités. Ils ont observé 21 sujets pendant un laps de temps de 11 mois et demi à 19 jours, avec un nombre total de 184 examens biologiques.

La réaction de Bordet-Wassermann du liquide s'est montrée totalement et constamment positive chez 18 malades. Chez les trois autres, elle a présenté par moment des fléchissements plus ou moins durables, sans jamais devenir négative.

La leucocytose céphalo-rachidienne est remarquablement irrégulière, varie d'un examen à l'autre dans des sens variables. Ses augmentations paraissent dues beaucoup plus à des décharges de leucocytes méningés dans le liquide qu'à des poussées évolutives de la maladie.

L'albuminose ne se modifie pas dans les mêmes proportions. Ses variations n'ont aucun rapport avec celles de la leucocytose ; elles se font parfois en sens contraire.

La réaction du Bordet-Wassermann du sang est tantôt positive, tantôt irrégulière. Elle n'a jamais été constamment négative.

Il faut tenir compte de ces modifications spontanées des réactions biologiques chez les paralytiques généraux, et se garder de les attribuer, au cours d'un essai thérapeutique, à l'action du médicament employé.

Hydropneumothorax à étages et petits hydropneumothorax superposés. — MM. *G. Caussade*, *A. Lucy* et *J. Surmont* ajoutent aux faits de ce genre déjà connus (R. E. Weill et Loiseleur, L. Bouchut, Ch. Roubier, E. Sergent) cinq nouvelles observations avec radiographies et décalques. Dans la première observation il y avait dans une vaste poche pleurale non enkystée, trois niveaux hydro-sériques horizontaux, étendus de la paroi costale au médiastin ; ils étaient nettement fluctuants à l'écran. Dans les quatre autres observations il s'agissait de petits hydropneumothorax, fluctuants à l'écran, facile à reconnaître grâce à leur état lumineux et disposés en nids de pigeon superposés, au nombre de trois, ou uniques sous forme de coin ou d'un véritable petit ballon. Dans ces deux derniers cas, ils siégeaient contre la paroi thoracique, dans la ligne axillaire, au-dessus du diaphragme.

Grands ou petits, ils s'observent au décours *surtout des pleurésies séro-fibrineuses* qui, dans les cas actuels, ont une tendance marquée *pendant la phase d'épanchement* à créer des membranes épaisses qui ultérieurement rétractent l'hémithorax lésé d'une manière considérable.

Dans les cas présentés et cités par les auteurs, il y a simple cloisonnement et non enkystement, et cependant leur durée

© BIU Santé

n'est pas toujours éphémère ; elle peut dépasser huit jours, surtout dans les formes spacieuses à étages. Toute ponction de la plèvre, même évacuatrice, peut déterminer ces derniers, la simple fonction exploratrice peut déterminer les petits hydropneumothorax.

Méningite aiguë ventriculaire. — MM. ***Babonneix*** et ***Azerad*** présentent les pièces d'un sujet de 22 ans, sans antécédents ni héréditaires, ni personnels, et qui une nuit avait été trouvé dans le coma par ses voisins de chambre. Durant son séjour à l'hôpital, il avait surtout présenté des crises comitiales et de l'obnubilation intellectuelle, sans paralysies, sans réactions méningées nettes, sans troubles du langage. A l'autopsie, énorme dilatation des ventricules latéraux, qui ont refoulé, comprimé et partiellement détruit leur paroi externe, et qui sont remplis de pus, destruction des parties centrales, interhémisphériques.

Trois particularités, dans ce cas : latence prolongée des accidents ; manque presque total de réactions méningées ; absence de tout phénomène permettant, cliniquement, d'affirmer l'existence d'un lésion permanente du cerveau, bien que celui-ci fut le siège de grosses lésions destructives.

Une épidémie de diphtérie à la Maternité. — MM. ***Ribadeau-Dumas*** et ***Lacomme*** insistent sur la difficulté du diagnostic de la diphtérie chez le nourrisson. Dans les cas observés par les auteurs, la réaction de Schick pratiquée avant l'éclosion de la diphtérie avait été négative. Si donc l'immunité naturelle n'est pas générale et que la réaction de Schick ne permet pas de déceler les exceptions, il y a lieu de tenter la vaccination antidiphtérique à une date aussi rapprochée que possible de la naissanc Reste à savoir si cela est efficace.

René Giroux.

VARIÉTÉS

Histoire médicale du Grand Roi

S'inspirant des récents débats sur la santé et les médecins de Louis XIV, M. Emile Déguéret, aujourd'hui médecin consultant à Vichy, a consacré sa thèse à l'« Histoire médicale du Grand Roi » (1). Le sujet était vaste : M. Déguéret l'a traité dignemeut : sa thèse fait honneur au Pr Ménétrier, qui en a été l'inspirateur, et scra consultée avec fruit par ceux qui auront à s'occuper de Louis XIV. En voici les conclusions :

Les conclusions à tirer de l'Histoire médicale du Grand Roi, racontée par le *Journal de la santé du roi Louis XIV*, « ce livre d'or », comme l'appelle Michelet, qui fut rédigé par ses premiers médecins Vallot, d'Aquin et Fagon, peuvent être très nombreuses ; nous allons simplemont nous attacher à rendre les principales :

1° Au point de vue historique, ce journal traitant de la vie médicale d'un grand roi, est bien le seul spécimen qui existe dans les siècles passés. On peut traverser les époques les plus brillantes, ni le siècle de Périclès, ni celui d'Auguste, ne laissent un pareil monument ; il faut arriver au siècle de Louis XIV pour le rencontrer.

2° Le journal constitue la plus brillante des observations médicales. Il nous fait vivre la médecine et la chirurgie de toute une époque. On aurait pu tout aussi bien l'intituler : une observation médicale du dix-septième siècle.

3° Il est une innovation des plus intéressantes. Combien serait facilitée la tâche des médecins, si chaque malade pouvait avoir un carnet où seraient notés tous ses antécédents héréditaires et personnels. Comme il serait aisé pour le médecin d'une famille de combattre et même de prévenir toute maladie ou ses complications, menaçant un membre de celle-ci

4° Au point de vue de la santé propre de Louis XIV, il nous montre que la longue existence de celui-ci comporte les maladies qui peuvent arriver à tout mortel.

5° C'est, dans la première partie de sa vie, des fièvres éruptives, la petite vérole et la rougeole. Presque toute personne à notre époque est atteinte de la rougeole, comme elle serait atteinte de la petite vérole, si nous ne possédions la vaccination antivariolique.

6° Rien de plus explicable également que le typhus du Grand Roi, qui, jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, parcourut tous les champs de bataille, de la Franche-Comté à toutes les Flandres. Qu'on se rappelle le lourd tribut payé pendant la dernière guerre à cette maladie, par certains des belligérants.

7° Que dire de la blennorragie royale, assez de jeunes gens sont frappés de nos jours par le gonocoque, pour qu'il nous paraisse bien inutile d'insister.

8° La fistule du Grand Roi qui a tant intrigué les historiens, ne se serait probablement pas produite, s'il avait été un simple particulier, et sans les courtisans, son chirurgien Félix de Tassy eût incisé au moment voulu son abcès périnéal.

9° Les vapeurs de Louis XIV, que certains ont mises sur le compte d'un tænia, ne sont que le résultat de son appétit excessif, de ses digestions pénibles, dont une des causes principales est le mauvais état de ses dents ; et, d'autre part, de ses grandes occupations et de ses soucis continuels. Son ministre Chamillart, au moment le plus critique du règne, présentera les mêmes symptômes. Il ne faut donc pas réserver aux ascarides lombricoïdes du roi un rôle qu'ils n'ont pas, et les dix ascarides qu'il amena dans ses selles en soixante-dix-sept ans, ne méritent pas un tel honneur.

10° Résultat également de « l'appétit titanique » du roi, sa goutte et les complications de celle-ci. Petit-fils et fils de goutteux, gros mangeur, il était naturel qu'il en fût atteint vers l'âge de quarante ans.

11° Sa mort, causée par de la gangrène sénile, est le point terminal de l'évolution de sa goutte. Avec la néphrite chronique provoquée par celle-ci, viendront les lésions du cœur et des artères. Et quel est l'homme de soixante-dix sept ans, qui ne présente pas d'artério-sclérose et qui n'est pas menacé lui aussi d'une gangrène amenée par l'âge.

12° En résumé, le Grand-Roi eut au cours de sa longue carrière une santé « héroïque ». Par tous les faits pathologiques rapportés par ses médecins, on pourrait croire le contraire. mais il faut penser que ceux-ci signalent les moindres indispositions du roi, même celles que lui causait le tabac.

13° Rendons donc justice aux archiâtres du Grand Roi et à leur thérapeutique. Constamment dans le sillage de leur illustre maître, le veillant avec un soin jaloux, ils contribuèrent certainement à lui permettre d'atteindre son grand âge, et ceci malgré l'hygiène déplorable de l'époque. Qu'on veuille bien se rappeler, à ce sujet, les punaises qui réveillèrent le roi à Marly, et à l'absence de fosses d'aisances dans les châteaux royaux, ce qui faisait le désespoir de la Princesse Palatine. Leurs saignées et leurs purgations préservèrent peut-être Louis XIV de l'apoplexie, dont mourut son frère Philippe d'Orléans ; elles étaient en outre des plus utiles en permettant au roi d'éliminer les aliments ingérés en excès et par cela même toxiques.

14° C'est regarder leur pratique médicale par le trou d'une aiguille, que de vouloir à chaque instant les dénigrer et les traiter comme les médecins de Molière, qui ne sont que des caricatures des archiâtres de l'époque. Notre thérapeutique et nos connaissances médicales prêteront également à sourire dans quelques siècles.

15° Conduisons-nous donc avec nos illustres prédécesseurs « en honnêtes gens », n'oublions pas que nous sommes tributaires des temps passés ; et que les découvertes des Laënnec, des Claude Bernard et des Pasteur, n'auraient pas été possibles s'ils n'avaient eu l'enseignement de leurs maîtres.

(1) Un vol. in-8, 238 pages, 13 hors-texte. Prix : 20 fr. Librairie Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecino, Paris.

© BIU Santé

La maladie de Louis XIV

d'après les Mémoires de M. HÉBERT, *Curé de Versailles.*

On savait, depuis le milieu du XVIIIe siècle, que Monseigneur Hébert, curé de Versailles sous Louis XIV avait écrit ses *mémoires*, mais on croyait ce document précieux perdu. Les archives du Ministère des Affaires étrangères le conservaient par hasard ; il y fut retrouvé récemment, et dans *La Revue de France* (août 1924), M. Georges Girard vient d'en publier d'abondants extraits. Ceux qui ont trait à la maladie de Louis XIV ne sont pas les moins intéressants.

« Le Roi, en cette année 1686, se sentit attaqué d'un mal assez considérable qui aurait pu avoir de très fâcheuses suites si on n'y eut remédié promptement.

C'était une fistule au fondement qui lui était d'autant plus sensible qu'elle ne lui permettait plus de monter à cheval qu'avec beaucoup de peine et de douleur et qu'il lui était difficile de demeurer longtemps assis sans en ressentir d'assez grandes incommodités. Lorsque, pendant l'automne, il était à Fontainebleau, son mal s'augmentant de jour en jour, il prit la résolution de faire faire l'opération dès qu'il serait de retour à Versailles.

Il y revint quelques jours après la fête de la Saint-Martin. Dès le lendemain, il fit ce qu'il avait résolu, et l'opération en fut très heureuse.

Le mal avait été tenu secret. Seuls d'Aquin, Fagon, Félix, Mme de Maintenon, le premier valet de chambre et le marquis de Louvois avaient été mis au courant. Et on s'était préoccupé, avant l'opération, de faire des essais de traitements sur des patients moins augustes :

Le marquis de Louvois, qui avait un très grand zèle pour le service du Roi, duquel il avait reçu en toutes occasions des bienfaits très considérables et des richesses immenses et qui était le plus en crédit en ce temps-là, prit le soin de faire chercher à Paris des personnes qui fussent attaquées du même mal que ce prince ; il ne fut pas difficile d'en trouver un assez grand nombre dans cette grande ville. Il en fit traiter quelques unes dans l'hôtel royal des Invalides par un frère Jacobin qui se mêlait, plus que sa profession ne lui permettait, de voir toutes sortes de malades et même des femmes. Ce religieux, pour tâcher de se mettre en vogue, avait imaginé un remède qu'il eut la présomption de croire infaillible pour guérir les fistules, ce qui effectivement, s'il eût pu réussir, lui aurait attiré avec l'estime publique beaucoup de réputation, parce que ce remède ne consistait que dans l'injection d'une eau qu'il prétendait avoir trouvée par son application et qu'on reconnut dans la suite n'être que le vitriol préparé. Mais le mauvais succès qu'il en eut fit connaître que ce merveilleux baume n'était qu'une vraie chimère et qu'un moine charlatan fait une très plaisante et très vilaine figure dans le monde.

On eut recours à d'autres traitements.

« Louvois prit des mesures plus sages, plus justes et plus infaillibles en faisant conduire à son hôtel de Versailles plusieurs de ces malades qu'il faisait traiter par le premier chirurgien du Roi, qui devait faire cette opération. Quelques-uns y moururent, qu'il prenait la précaution de faire enterrer de très grand matin et avant le jour, sans faire sonner les cloches, afin que personne ne s'aperçût de ce qui se passait, plusieurs en guérirent, entre lesquels il y eut un prêtre, nommé Sanga, qui, après sa guérison, ne pensa plus qu'à profiter de cette occasion qu'il se persuadait devoir lui être très avantageuse pour obtenir du Roi un bénéfice.

En effet, après la guérison de ce prince, il lui présenta un placet dans lequel il eut l'impertinence de se qualifier frère de sang de Sa Majesté, qui lui donna enfin un canonicat dans l'église métropolitaine de Sens. Comme il continua dans cette place de se faire valoir parce même endroit et qu'il avait la sottise de faire croire aux simples qu'il avait du crédit en Cour, il s'attira une raillerie piquante du sieur Boileau, doyen de cette église. Car, un jour de chapitre, ayant encore eu la sotte vanité de faire sonner bien haut la protection qu'il s'imaginait avoir du Roi par la grâce duquel il avait été fait chanoine, ce doyen, qui était au moins aussi piquant que son frère Despréaux l'était dans ses satires, lui dit, en le tournant en ridicule : « Vous avez, monsieur Sanga, bien raison de vous vanter de la manière dont vous êtes entré dans notre corps car enfin vous avez été fait chanoine pour avoir montré votre cul. »

M. de Louvois assuré du succès de l'opération qu'on devait faire au Roi en rendit compte à Sa Majesté.

« Le Roi se détermina de s'abandonner entre les mains de M. Félix, lui avant témoigné qu'il désirait que lui seul travaillât sur lui, ayant une parfaite confiance en son habileté.

Celui-ci, qui était très sage, qui, quoique très savant et le premier du royaume; non seulement par son rang mais encore plus par sa grande capacité dans sa profession, supplia avec beaucoup d'insistance Sa Majesté de lui permettre d'appeler à son secours celui des chirurgiens de Paris qui était généralement le plus estimé ; il crut, comme il me l'a dit souvent depuis, qu'il y aurait eu de la témérité d'entreprendre seul et sans conseil une cure de cette conséquence, que d'ailleurs il pourrait arriver dans l'opération des accidents qu'on ne peut pas prévoir, dans lesquels on peut avoir besoin de secours. Le Roi y consentit, ajoutant néanmoins que c'était par complaisance qu'il lui accordait ce qu'il lui avait demandé, étant persuadé qu'il était le seul à qui il avait une entière confiance.

Le lendemain donc du retour du roi à Versailles, comme nous l'avons dit, après avoir dîné à son ordinaire, s'étant, comme il avait coutume, retiré dans sa chambre, lorsque toute la Cour y pensait le moins, les uns s'appliquant à leurs affaires, les autres s'occupant ou pour mieux dire s'amusant au jeu, ceux-ci étant allés à la promenade, ceux-là se tenant dans les salles et antichambres des appartements de Sa Majesté, comme il se pratique à la Cour pendant que le Roi est chez lui, on fit entrer secrètement les médecins et chirurgiens et les personnes que j'ai déjà nommées.

Il dit au sieur Félix qu'on lui fit autant d'incisions qu'il serait nécessaire, mais qu'il souhaitait qu'il prît si bien ses mesures, qu'on n'eût pas à y revenir une seconde fois. L'opération se fit le plus heureusement du monde : le Roi la souffrit avec toute la fermeté et la patience possibles. On apprit un moment après à la Cour qu'elle venait de se faire ; on y fut très surpris de la savoir plutôt achevée que d'avoir su qu'elle devait se faire, quoiqu'on fût depuis longtemps accoutumé de voir que toutes les affaires se traitaient avec un secret inviolable.

Aussitôt après l'opération, le Roi alla mieux, à la grande satisfaction du chirurgien.

Le sieur Félix m'a avoué depuis que, lorsqu'il fut sur le point de mettre les mains sur son prince, les réflexions qu'il fit sur l'action qu'il allait faire, sur les suites qu'elle pouvait avoir, sur l'horreur et l'indignation du public contre lui s'il lui arrivait malheur, le reproche qu'il se ferait le reste de ses jours à lui-même d'avoir pu contribuer à la perte de son Roi quoique très innocemment, la pensée seule qu'il avait pour lors que la vie de ce grand prince était entre ses mains et qu'il peut arriver dans ces sortes d'opérations extraordinaires divers accidents qu'on ne peut pas prévoir, tout cela, dis-je, lui fit presque glacer le sang dans les veines, et le grand effort qu'il fit sur lui pour être, comme il le devait, assez appliqué à une action de cette importance, lui causa une véritable révolution d'humeurs et un tremblement dans le corps qui ne le quitta plus le reste de ses jours.

Lui qui était le plus habile de son temps pensa, peu de temps après, estropier le sieur de Nyert, premier valet de chambre du Roi, son intime ami, dans une saignée, lui ayant piqué l'artère, ce qui lui fit prendre enfin la résolution de supplier Sa Majesté de nommer quelqu'un pour le soigner à sa place quand il en

© BIU Santé

aurait besoin, ce que le Roi accorda à ses pressantes prières. Cependant il continua jusqu'à la mort d'être son premier chirurgien ; aussi méritait-il plus qu'un autre cette place importante.

Les mémoires du Curé de Versailles donnent aussi des détails piquants sur les mœurs à la Cour de Louis XIV : si la fidélité conjugale y était considérée comme une vertu roturière, la pédérastie y était en honneur.

« On connaissait cet épouvantable dérèglement comme on avait connaissance des affaires les plus publiques ; on ne s'en cachait qu'autant qu'on pouvait avoir quelque appréhension que cela pût venir aux oreilles du Roi, qu'on savait avoir une horreur extrême de cet infâme péché. »

Mme de Maintenon en avait parlé au Roi, le suppliant d'y mettre ordre, ce qui lui avait valu cette réplique : « Il faut donc que je commence par mon frère ». On comprend que le curé de Versailles ait pu écrire qu'il ne croyait pas qu'il y eût dans le monde une Cour plus abandonnée à toutes sortes de vices. »

NOUVELLES (*Suite*)

Ministère du travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociale. — MM. les docteurs Jules Renault, membre de l'Académie de médecine ; Brouardel, médecin des hôpitaux, sont nommés membres de la Commission d'études chargée de rechercher comment le travail, ses organisations, ses initiatives, ses aspirations, comment aussi les intérêts de la santé publique, conservatrice et créatrice de la richesse essentielle du pays, la population, devront être représentés au conseil national économique.

— Un décret en date du 10 juillet 1924 a autorisé la création d'un hôpital intercommunal dans la commune de Lembeye (Basses-Pyrénées).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade d'officier* (au titre civil.) : M. Villette, médecin de colonisation à Madagascar.

Au grade de chevalier (au titre civil) : M. Devez, médecin directeur de l'hôpital hospice de Cayenne ; Rasaminana (de Tananarive).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier* : M le docteur Macé, médecin sanitaire maritime.

MINISTÈRE DE L'INTERIEUR. — *Au grade de chevalier* : M, le docteur Schmitt, premier adjoint au maire de Nancy.

Congrès des villes d'eaux. — La commission exécutive du Congrès des villes d'eaux a définitivement fixé à la deuxième quinzaine de mars 1925 la date du Congrès primitivement fixée en novembre 1924.

Quatre rapports seront soumis à la discussion :

1° Organisation des voyages français et étrangers d'étudiants en médecine et d'étudiants en pharmacie dans les stations thermales ou climatiques ;

2° Législation spéciale des stations de séjour et autonomie des chambres d'industrie thermale ;

3° Le crédit thermal français : but, plans, moyens ;

4° Organisation des stations climatiques.

Seules les questions présentées dans ces rapports seront étudiées au cours des séances du Congrès.

Congrès international de Thalassothérapie. — Le prochain Congrès se tiendra à Arcachon le 15 avril 1925. Le professeur Gilbert a été nommé président du Comité permanent, en remplacement du professeur Albert Robin, nommé président d'honneur. Le Comité d'organisation comprend MM. les docteurs Lalesque, président ; Guinan et Moussous, vice-présidents. Pour tous renseignements, écrire au docteur Léo, secrétaire général du Comité permanent, à Trouville.

Réunion annuelle de neurologie. — La prochaine réunion, en juin 1925, coïncidera avec le centenaire de la naissance de Charcot et le 25e anniversaire de la fondation de la Société de neurologie.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° « La maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique) » ; M. Vincenzo Néri (de Bologne) traitera la partie clinique ; MM. Van Bogaërt (d'Anvers) et Ivan Bertrand (de Paris) la partie anatomo-pathologique ;

2° « La migraine » ; rapporteurs : M. Viggo Christiansen (de Copenhague), pour la partie clinique ; M. Pasteur Vallery-Radot de Paris, pour la partie pathogénique.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1925 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 20 octobre 1924, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mardi 30 septembre 1924 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Un sanatorium pour les étudiants. L'Union nationale des associations d'étudiants de France vient de prendre l'initiative de l'organisation d'un sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet.

Ce sanatorium est destiné à assurer aux étudiants tuberculeux tous les soins nécessités par leur état et à leur permettre, au prix d'un travail modéré, la continuation de leurs études.

Il sera édifié près de Grenoble, à Saint-Hilaire-du-Touvet, sur le plateau des Petites-Roches qui est à 1.100 mètres d'altitude et se trouve à proximité du sanatorium interdépartemental du Sud-Est (450 lits) et du sanatorium de l'Association métallurgique et minière (300 lits). Sa direction administative et médicale sera confiée à un organe de gestion commun à ces divers établissements. Néanmoins, en cas de nécessité, le sanatorium des étudiants pourra médicalement et administrativement fonctionner provisoirement par ses propres ressources.

BIBLIOGRAPHIE

La Société féodale, par J. CALMETTE, professeur à l'Université de Toulouse. Un volume in-16. Broché : 6 fr. Relié : 7 fr. (Collection Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel, Paris Ve).

La société féodale ! Il fallait pour condenser en deux cents pages cet immense sujet, un homme qui connût à fond ce régime étrange, qui s'oppose si complètement au statut antique comme au statut moderne. Personne, mieux que M. Calmette, ne pouvait mener à bien cette œuvre.

On s'en rend compte en lisant ce livre qui jette un jour éclatant sur les origines et l'évolution du système féodal, car il semble, à chaque instant, que l'auteur a vraiment vécu ce qu'il raconte.

Le tableau qu'il nous trace de la vie des nobles, des gens d'église, des citadins, des campagnards, évoque devant nous avec une surprenante netteté ce qu'on peut appeler « la vie féodale ». On *voit* tout ce monde penser, agir, se vêtir, se battre ou mourir et l'on comprend alors, après avoir fermé le livre, pourquoi cette civilisation, si brillante par certains côtés, si atroce par d'autres, s'est, malgré ses tares, imposée au monde pendant des siècles.

Les portraits du Mont-Blanc, par ANDRÉ-CHARLES COPPIER. Librairie Dardel, Chambéry.

Cet ouvrage paraîtra en novembre 1924, en un fort volume in-quarto de 136 pages, sur papier de fil Lafuma, illutré de 75 reproductions en fac-similé de taille-douce rotative, et de 50 fac-similés en couleurs, soit 125 illustrations, dont 6 en double page et 19 en page entière, d'après les dessins, aquarelles et pastels de l'auteur. Prix de souscription, valable jusqu'au 30 novembre 1924 : 90 francs.

Le tirage de luxe, numéroté à la presse, comprendra : 150 exemplaires sur papier d'Arches, à la forme, avec la double suite des 50 gravures en couleurs. Prix de souscription : 250 francs.

200 exemplaires sur papier d'Arches, à la forme, avec la double suite de toute l'illustration. Prix de souscription : 350 francs.

50 albums comprenant la suite de toutes les illustrations emmargées sur grand papier d'Arches (28 × 36) à la forme, sans le texte, avec une table explicative des gravures, dans un élégant cartonnage de Magnier. Prix de souscription : 250 francs.

Frais de port en sus. Taxe en sus pour les éditions de luxe.

© BIU Santé

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C. Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune
Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ÉCHANT^ON MÉDICAL Laborat^res A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple



ALUNOZAL
Salicylate basique d'Alumine

Antidiarrhéique puissant

L'**ALUNOZAL** libère, dans l'intestin seulement, l'**alumine** dont l'état gélatineux intensifie le pouvoir **d'absorber les toxines** et les propriétés **astringentes** que complète heureusement l'action **analgésique** et **antiseptique** du **salicylate alcalin** formé.

Tolérance stomacale parfaite. Toxicité nulle.

MÉDICATION de CHOIX des
DIARRHÉES de toutes natures
Aiguës et Chroniques
Comprimés à 0 gr. 50 (*Tubes de 20 comprimés*).
Granulés à 25 % (*Médication agréable, recommandée en médecine infantile*).

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS :
Laboratoire des Produits **"USINES du RHÔNE"**
21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e).

Benzoate de Benzyle

RHODAZIL

Médication antispasmodique des Muscles lisses

Asthme vrai — Dysménorrhée
Coqueluche — Colique hépatique
Spasmes du Pylore — Hoquet persistant
ETC.

Parfaite tolérance - Aucune toxicité

Présenté sous la garantie de la Marque



LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS :
Laboratoire des Produits **"USINES du RHÔNE"**
21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e).

R. C. Seine : 104.380.

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0.001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES, des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. Exiger la Signature CATILLON

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine, 48283

© BIU Santé

ACTUALITÉS MÉDICALES

ANALYSES

Ueberdie atypische Epithelwucherung bei des Einheliung von Paraffinstückchen mit Russ in der Kaninchenlunge (Sur la prolifération atypique de l'épithelium après inclusion dans le poumon du lapin de petits morceaux de paraffine contenant de la suie). IBUK (K.) *Miteilungen aus der Medizinichen Fakultät*. Tokio, 1922. Vol. XXX, p. 35).

L'A. introduit dans le poumon de lapins des fragments de paraffine, de 4 mm mélangée avec de la suie. Les boules de paraffine s'entourent d'une capsule conjonctive avec néoformation de capillaires. A la surface même de la paraffine, on voit des cellules géantes multinucléées contenant des particules de suie et envoyant dans le corps étranger des prolongements protoplasmiques.

Chez 3 animaux sur 14 qui avaient survécu jusqu'au quinzième jour (l'expérience était faite sur 35 lapins), l'A. a observé une prolifération atypique de cellules épithéliales dans le tissu cicatriciel entourant la paraffine, sous forme de cordons glandulaires issus des restes de l'épithélium alvéolaire ou de cordons épithéliaux pleins. Il n'a jamais pu observer une prolifération atypique de cellules épithéliales dans le poumon du lapin après piqûres ou coupures de ce tissu pulmonaire ou après introduction dans le poumon de tissu adipeux ou musculaire.

L'action irritative de la paraffine est bien connue chez l'homme. Introduite dans des buts esthétiques sous la peau, une irritation peut se produire et donner une paratfinome.

H. VIGNES

Em Fall von chronischer lymphatisches Leukaemie mit Rœntgensthrahlen behaudelt). (Un cas de leucémie lymphatique, chronique traitée par la radiothérapie). (SAKAMOTO. Mitterlungen aus der médizinischen Fakultae der Kais. Univers. zu Tokio, 1922, tome 28, fasic 3, p. 576.)

Il s'agit d'un cas de leucémie lymphatique chronique, la radiothérapie a agi avec un heureux succès sur la formule sanguine et sur l'état général. Il est remarquable que dans ce cas n'a pu constater d'augmentation ni de la rate, ni du foie.

Henri VIGNES

Amibiase spontanée du chat et épidémie de dysenterie amibienne concomitante chez l'homme. (FRANCHINI, *Annali di medicina navale et coloniale*, janvier février 1924.)

Dans la province de Bologne, l'A. a observé en 1919 et 1920 dans quatre villages d'une même commune une série d'épidémies d'amibiase chez l'homme et chez le chat. L'épizootie a été primitive dans deux localités ; dans les deux autres l'affection a évolué simultanément chez l'homme et l'animal, mais avec une durée plus longue, une morbidité et une mortalité plus grande chez celui-ci. Le diagnostic d'amibiase féline est basé sur les symptômes présentés par l'animal (soif, vomissements, diarrhée avec parfois émission de sang) ; sur l'examen anatomo-pathologique qui montre des lésions de dysenterie correspondant au stade catarrhal décrit par Dopter avec présence d'amibes (morphologiquement identiques à celles de la dysenterie de l'homme) ; sur l'absence de bacille dysentérique dans les cultures du contenu intestinal.

L'épizootie a dominé et, pour ainsi dire, réglé l'épidémie : l'A. cite quelques cas suggestifs de contagion familiale où la maladie frappa d'abord les chats puis, successivement, plusieurs enfants de la maison, chez qui la nature de la maladie fut confirmée par l'examen des selles.

Le chat est donc capable de disséminer l'infection et doit être considéré comme « réservoir possible de virus ».

M. VICENTE.

Mongolian idiocy in one of twins. (Idiotie mongolienne chez un seul d'entre deux jumeaux). (STAFFORD MAC LEAN. *Journal of the Amer. med. Ass.*, 7 janvier 1922, p. 13.)

L'auteur rapporte une observation illustrée de deux photographies qui rendent tangibles le contraste entre les deux jumeaux. Sur ces clichés, l'enfant malade a l'apparence d'un athrepsique typique, ses symptômes de mongolisme sont moins visibles. Voici d'ailleurs ce qu'en dit l'auteur : Père et mère bien portants, 3 enfants en bonne santé. Accouchement gemellaire normal. L'enfant mongolien (mâle) né le premier, semblait à sa naissance moitié plus petit que son jumeau (sexe féminin). Bien que nourri de la même façon que sa sœur, il ne s'est jamais développé et n'a pas suivi le développement normal de sa sœur. A l'âge de 6 mois et demi, il est admis à l'hôpital des enfants, atteint d'une diarrhée liquide et extrêmement prostré. Il avait l'apparence d'un idiot mongolien. Poids 3.100 gr. Longueur 53 cm. Peau sèche, flasque, déshydratée. La tête est flasque et

(*Voir suite p.* 692.)

Avec nos plus grands endocrinologistes, prescrivez les
Produits Organothérapiques A. RICHARD,
d'activité constante et maxima, **d'Odeur nulle.**

Faites vous une opinion personnelle sur l'Opothérapie en discutant les thèses impartialement exposées dans le ***Memento d'Organothérapie Clinique,*** qui est envoyé à MM. les Docteurs sur simple demande adressée au

LABORATOIRE D'ORGANOTHÉRAPIE A. RICHARD 79, Avenue d'Orléans, PARIS-14e — Téléphone : Gobelins 43-39



PHOSPHOREOL DUROY
TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE
CERVEAU - CŒUR - MUSCLES
ECHANTILLON : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action hypoleucopédétique et hypersécrétante de l'ésérine,

Par MM. LOEPER et MARCHAL

Nous avons, dans une précédente note, insisté sur la leucopédèse puissante produite par l'ingestion d'atropine et marqué l'antagonisme de cette action leucopédétique avec l'action sécrétoire.

Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à étudier d'autres substances dont l'action physiologique et thérapeutique s'oppose assez nettement à celle de l'atropine.

Nous en avons étudié quatre : l'adrénaline, la pilocarpine, l'antipyrine et l'ésérine. Nous les avons administrées aux doses classiques, en général par la voie buccale et parfois aussi par voie sous-cutanée, et nous avons recherché la leucopédèse avec le même repas d'épreuve peptoné avant et après l'introduction du médicament.

En ce qui concerne l'adrénaline, le parallélisme existe, assez habituellement, entre la leucocytose et la sécrétion. Toutes deux, après un abaissement passager se relèvent légèrement et parallèlement. La leucocytose passe de 11 à 1500 éléments et la chlorhydrie de 0,9 à 1,4 à la fin de la première heure. L'adrénaline est donc un excitant total.

Les trois autres substances ne se comportent pas de même et leur action est souvent dissociée. Elles diminuent pourtant toutes trois la leucopédèse, mais l'abaissement est moins constant et la courbe moins régulière avec l'antipyrine qu'avec la pilocarpine ou l'ésérine ainsi que le montrent les résultats suivants où la leucopédèse est exprimée par millimètre cube de liquide extrait :

	minutes	15	30	45	60	120
Antipyrine	avant	512	1432	1252	1976	608
0,50 ctgr.	après	380	644	932	1016	952
Pilocarpine	avant	128	1140	—	3512	2890
1 centigr.	après	145	894	—	1300	2132
Ésérine	Avant	376	580	—	1076	772
1 millgr.	Après	236	368	—	716	360
—	Avant	296	725	—	2920	1576
—	Après	132	600	—	1492	1580

L'injection sous-cutanée donne des chiffres assez semblables à ceux de l'ingestion, quoique un peu plus tardifs.

***

Il est intéressant de placer en regard de ces variations leucopédétiques les variations de la sécrétion. Celles-ci, inconstantes avec l'antipyrine et même avec la pilocarpine, présentent avec l'ésérine un caractère *remarquablement constant* car elles se traduisent toujours par une élévation du taux chlorhydrique total qui va de 1,5 à 2,7 et 3 et du taux chlorhydrique libre qui va de 1,3 à 2.

Ainsi l'ésérine *paralyse la leucopédèse et excite la sécrétion*, son action est donc nettement antagoniste de celle de l'atropine qui produit des effets exactement inverses d'hyperleucocytose et hyposécrétion.

Le fait est d'autant plus intéressant que les propriétés physiologiques de l'ésérine et son action sur le système vago-sympathique s'opposent à celles de l'atropine.

La délivrance hydraulique

Par le Dr FORGET-URION.

La délivrance hydraulique a fait couler, depuis quelques années, sinon des flots d'eau, du moins des flots d'encre. Préconisée en 1826 par l'accoucheur italien Monjon, elle était tombée dans l'oubli quand elle a été réinventée par Gabastou. de Buenos-Ayres en 1913. Les auteurs, de langues espagnole, anglaise et allemande, qui ont publié leurs observations voudraient la substituer à la délivrance manuelle dans les cas où une intervention s'impose.

Mécanisme physiologique. — Théoriquement, le procédé est attrayant, car il imite, il renforce le processus normal. Il consiste, en effet, à injecter par la veine du cordon, de l'eau sous pression qui va gonfler le placenta,

On sait que le décollement physiologique est dû à la rétraction de l'utérus, ce qui rétrécit le champ d'insertion placentaire, La masse du placenta, ferme et épaisse ne pouvant se tasser suffisamment pour suivre ce mouvement, un plan de clivage se dessine entre les deux surfaces. L'hématome qui s'y accumule favorise également le décollement,

L'injection d'eau agit : d'une part en augmentant la turgescence du placenta, d'autre part en formant un hydrome rétro-placentaire quand le liquide est en excès.

Technique. — On sectionne le cordon au ras de la vulve pour éliminer la portion extérieure généralement obstruée de caillots. On introduit dans la veine une fine canule et on injecte le liquide avec le bock, un appareil à sérum, ou une seringue.

On injecte ainsi de l'eau bouillie, ou du sérum physiologique, ou un liquide antiseptique. On emploie de l'eau à 40 ou 50° dont la température a un rôle ocytocique.

Il en faut 200 à 1500 cc. suivant les auteurs, l'excès s'écoule au dehors.

Avantages. — La délivrance hydraulique donne de bons résultats dans les rétentions prolongées par inertie ou par adhérences anormales. Elle évite la délivrance manuelle avec ses risques d'infection.

Inconvénients. — Le procédé nécessite un instrument spécial : fine canule que l'on n'a pas toujours sous la main. Nous avons utilisé une canule rectale de bébé adaptée sur le robinet ordinaire du bock.

La préparation du système nécessite quelques minutes, retard inadmissible en présence d'une hémorragie rapide.

Les insuccès sont assez fréquents.

Enfin, les partisans de la méthode insistent sur l'innocuité du procédé. Il me paraît intéressant de relater un incident personnel, avec les déductions qu'il comporte :

Secondipare, forceps à la vulve pour inertie. Une demi-heure après, l'utérus est encore mou, dépassant l'ombilic, la délivrance est adhérente. On injecte par la veine du cordon un petit demi-litre d'eau additionnée de liqueur de Labarraque. Pour obtenir la pression nécessaire, le bock est élevé au maximum (environ 1 m. 50). Puis aussitôt après, l'utérus restant toujours inquiétant, on fait la délivrance par traction et expression.

Une demi-heure après, la patiente qui allait parfaitement bien, est prise d'un frisson : grelottement, claquement de dents, angoisse, dyspnée, pouls précipité. Tout rentre dans l'ordre en quelques minutes.

L'intérêt de cet incident, anodin en l'occurence résulte de sa similitude avec le frisson qui suit les

© BIU Santé

injections intra-utérines. Il relève certainement de la même pathologie.

Si nous ouvrons les classiques, nous voyons que ce frisson des intra est fréquent, mais pas toujours bénin ; les accidents vont quelquefois jusqu'à la syncope, convulsions, coma, hyperthermie pouvant attendre 42°5 et même mort rapide ou subite,

On a incriminé : 1° un choc nerveux ; 2° le passage du liquide dans le péritoine par les trompes (ce qui n'a jamais été réalisé expérimentalement), surtout 3° le passage du liquide dans les sinus utérins (Tarnier).

Ce qui confirme cette opinion, c'est l'analogie des accidents avec ceux déclanchés par les injections intra-veineuses médicamenteuses et même par le simple sérum physiologique.

Connaissant la cause du frisson consécutif aux injections intra-utérines, il devient facile d'y remédier ; il faut éviter de faire le lavage sous pression. C'est ainsi que nous avons fait disparaître cet accident de notre pratique en faisant maintenir le bock à très faible hauteur, détail sur lequel les traités n'attirent pas assez l'attention.

Mais dans le cas particulier de la délivrance hydraulique, on ne peut se passer de la pression, et Gabastou recommande de pousser l'injection avec la seringue de Guyon pour agir avec plus de force.

Le liquide va dilater les villosités fœtales, les fait éclater, et fait irruption sous pression dans les sinus placentaires, largement ouverts sur le système veineux maternel.

Le passage du liquide dans le sang doit être habituel, et les accidents fréquents. Les auteurs n'en parlent pas, peut-être parce qu'ils attachent peu d'importance à un frisson léger, ou bien parce qu'ils l'attribuent à une autre cause.

Cette injection intra-veineuse indirecte présente des dangers, non seulement par le choc qu'elle peut déterminer, mais encore : 1°) par apports plus ou moins toxiques mercuriaux, produits chlorés) ;

(2°) Par embolie gazeuse (eau oxygénée) dont le danger est d'ailleurs problématique ;

3°) Par apport septique : la moindre inoculation dans la circulation étant infiniment plus dangereuse que le dépôt sur la muqueuse utérine.

En résumé, la délivrance hydraulique est un procédé intéressant, quand on a le temps de l'essayer, mais qui ne présente pas l'innocuité qu'on lui attribue. Elle demande à être encore étudiée avant d'entrer dans la pratique courante.

ACTUALITÉS

La conception de la lutte antituberculeuse du Professeur Raoul Brunon (1)

La science dépourvue
de bon sens est une folie.

La maxime de Balthazar Gracian pourrait servir d'épigraphe au traité de Raoul Brunon, qui condense non seulement les idées essentielles du savant professeur, mais encore la longue expérience du vieux clinicien. A vrai dire est-ce un traité plutôt qu'un livre de combat, où se heurtent de front l'école clinique française et la science théorique allemande, l'hôpital et le laboratoire ; et n'est-ce pas encore plus un livre de bon sens qu'un livre de combat ? La déclaration initiale, véritable profession de foi, se compose de deux lignes, qui sont tout un programme, une leçon de probité médicale : « Je dirai ce que j'ai vu, en me défendant de mon mieux contre ce que j'ai lu » ; et l'auteur affirme sa confiance absolue dans le bon sens fortifié par l'esprit critique : « La vérité scientifique est toujours relative et provisoire ; mais elle a une base solide : le sens commun. Pour éviter l'erreur, autant qu'il est possible, il faut obéir au sens clinique, branche du bon sens en général. » Aussi, faisant fi du respect humain, de la mode tyrannique et du jugement de la foule, dira-t-il tout net ce qu'il pense du savant, du bactériologiste, de la médecine « malade d'un excès de science » et de la civilisation moderne, véritable défi aux lois de la nature. Ne voyons-nous pas l'hygiène infantile ignorée des mères et négligée des pouvoirs publics, l'adolescence laissée à l'abandon, la vie rurale détruite par la vie industrielle, le peuple mal éduqué, imbibé d'alcool et gorgé d'une alimentation incendiaire ? La conséquence logique c'est qu'il faut faire « une révolution dans les mœurs », dont l'homme est incapable sinon la femme ; car, si les hommes font les lois, « les femmes font les mœurs. »

Il suffirait en effet de réformer notre civilisation et de réprimer les fautes innombrables d'hygiène générale pour faire disparaître en même temps la tuberculose. Cette maladie est en effet évitable à condition de combattre non pas tant la cause première, l'agent infectant, que les causes secondes, représentées par l'action combinée du sol, du climat, de l'habitat, du régime alimentaire, des prédispositions individuelles et de la puissance réactive de l'organisme. C'est la question de la contagion mise en cause. Brunon n'hésite pas à affirmer que la lutte contre la contagion est illusoire, que « le crachoir a fait faillite » et que le temps et l'argent dépensés à combattre le bacille ont été perdus pour les progrès de la prophylaxie ; « il n'en est pas mort un seul tuberculeux de moins ». Telle est la thèse de l'auteur, qui apparaîtra « comme un réactionnaire aux uns et un révolutionnaire aux autres. » Voyons donc quels sont ses arguments.

Le rôle de la contagion est très difficile à démontrer parce que la tuberculose frappe un quart ou un tiers de l'espèce humaine, ce qui rend bien aléatoire l'établissement de la filiation des cas, que la longueur de l'incubation ne permet pas d'en préciser les conditions d'apparition, et que les tuberculoses latentes sont en très grand nombre si l'on en juge d'après les autopsies. Les groupements familiaux ou sociaux, qui devraient favoriser la contamination par la vie en commun, ne semblent pas être particulièrement atteints ; la tuberculose n'apparaît plus fréquente ni dans l'armée, ni à l'école, ni même à l'hôpital. On admet généralement que la mortalité par tuberculose est énorme dans le personnel infirmier et surtout parmi les religieuses. Or les recherches personnelles de l'auteur ont porté sur les 50 sœurs non cloîtrées de l'Hospice général de Rouen ; de 1881 à 1909, c'est-à-dire en 28 ans, il a compté 32 décès dont 5 par tuberculose, et, sur ces 5 religieuses décédées, 4 étaient malades avant d'entrer au couvent ; cela représente une mortalité globale de 2,28 % et une mortalité par tuberculose de 0,35 %, tandis que les chiffres donnés par le bureau d'hygiène de Rouen pour la population entière sont respectivement de 2,50 et de 0,45—0,50. Ainsi, en s'en rapportant aux statistiques, les chances de contagion tuberculeuse, paraissent plus faibles à l'Hospice général que dans la ville elle-même. Mais, en se basant cette fois sur une pratique de trente ans et sur l'observation de milliers de malades, Brunon avoue ne pas connaître un cas de contamination familiale réelle, c'est-à-dire sans l'intervention d'une cause seconde : hérédité de terrain tuberculisable ou mauvaise hygiène commune. Trente familles ont été suivies, observées, où l'homme alcooliqne était mort de tuberculose, tandis que la femme sobre vivait indemne de toute maladie apparente. « Tous les faits expérimentaux, conclut-il, sont faibles devant les faits cliniques ». Il ajoute que nous ignorons la nature réelle du bacille, que nous ne

(1) Causes, prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire (maladie évitable et curable). 1 vol. in-8 de 628 pages avec 28 figures. 35 fr. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

© BIU Santé

savons rien de son origine et qu'il est peut-être l'aboutissant d'une série de microorganismes très répandus dans la nature ; par là ses idées s'apparentent étroitement à celles de Ferran, qui refuse le rôle d'agent pathogène au bacille de Koch pour l'attribuer à un vulgaire saprophyte, le bacille alpha ; il aurait été intéressant de savoir ce que l'auteur pense de la doctrine espagnole de la tuberculose, mais il n'y fait pas la moindre allusion. Il ne faudrait pas croire cependant que Brunon nie purement et simplement l'existence de la contagion. Il admet la contamination initiale de l'enfant comme inévitable et sans intérêt par suite de son caractère de fatalité ; mais il nie la réinfection chez l'adulte, qui présente seulement un réveil de la première atteinte sous l'influence d'un affaiblissement du terrain. Autrement dit, si l'enfant ne peut échapper à l'inoculation primitive, l'adulte doit éviter l'action des causes secondes, qui favorisent le réveil de la tuberculose dans l'organisme et dont les deux principales seraient l'insuffisance de l'aération et l'alcoolisme. L'auteur met en relief le rôle du logement, des conditions du travail, de l'alcoolisme, de l'arthritisme, de l'hygiène scolaire, et préconise les réformes les plus hardies. Il établit un parallèle entre les deux hygiènes anglo-saxonne et latine, et la comparaison n'est pas, comme bien on le pense, à notre avantage. Il ne faut pas trop compter cependant sur la prophylaxie officielle, sinon en théorie. « La médecine d'Etat, la médecine administrative en général n'est qu'une façade ». La tuberculose, maladie évitable, n'est encore qu'un mot d'espérance.

Il n'en est pas de même de la tuberculose, maladie curable « avec des chances diverses, suivant ses formes, mais, en somme, curable à toutes ses périodes » grâce à l'action du médecin soignant individuellement le malade. Il est difficile d'affirmer que la guérison anatomique soit certaine, car les tubercules fibreux ou crétacés peuvent contenir des bacilles virulents ; mais la guérison clinique existe sans aucun doute, la fréquence des lésions cicatrisées rencontrées au cours des autopsies en est la preuve. De 1891 à 1897, Brunon a pratiqué 475 autopsies de vieillards décédés à l'Hospice général de Rouen et a trouvé, dans 267 cas, soit 56 %, des lésions anciennes des sommets, se répartissant ainsi :

Tubercules crétacés.....	103
Cicatrices fibreuses pulmonaires.....	20
Cicatrices fibreuses pleurales.....	93
Tubercules en voie d'évolution.....	51

Ces chiffres montrent combien sont nombreux les cas de tuberculose guérie chez des vieillards appartenant à une classe de la société qui n'applique guère les règles d'une hygiène générale rigoureuse. La tuberculose évoluerait naturellement vers la guérison par un processus central de caséificaton et un processus périphérique de sclérose, ce travail de réparation dépendant avant tout de l'état général du sujet. Le seul traitement capable de soutenir l'organisme consiste dans le traitement diététo-hygiénique avec sa triade : repos, aération, alimentation ; aussi l'auteur étudie-t-il en détail le repos, la cure d'air, de lumière et de soleil. Il a montré comment on peut s'organiser à peu de frais, même en ville, même à l'hôpital, en créant en 1903, sous le nom d'Aerium, un ensemble de galeries de cure pour les enfants à l'Hospice général de Rouen. La thérapeutique médicamenteuse est résumée en quelques lignes seulement tandis que le régime alimentaire est étudié avec un soin minutieux en une centaine de pages.

Si les chapitrés consacrés à la prophylaxie ont l'allure d'une thèse originale, le traitement est par contre classique et conforme aux idées actuelles. En outre, Brunon étudie l'évolution clinique de la tuberculose pulmonaire dans un esprit essentiellement pratique. Il insiste sur les éléments du diagnostic précoce, en donnant le pas aux signes fonctionnels et généraux : « Le vrai début n'est perceptible ni à l'oreille, ni à l'écran, ni au microscope, mais il est perceptible à l'œil nu du médecin. » Il défend la division de la tuberculose pulmonaire chronique en trois périodes, parce qu'elle est historique, claire et méthodique ; il combat au contraire la théorie anatomique ; il est scandalisé par l'école nouvelle, qui, bravant l'opinion publique, jette par par dessus bord les trois degrés classiques et considère la tuberculose comme une succession de pneumonies. Depuis quelques années en effet le domaine de la tuberculose pneumonique s'est régulièrement étendu aux dépens de celui de la tuberculose folliculaire ; contrairement à la proposition de Grancher, ce n'est plus la pneumonie qui est un tubercule géant, c'est la tuberculose miliaire qui est devenue une pneumonie en miniature ; l'évolution générale consiste uniquement en une série de poussées pneumoniques, qui apparaissent à des intervalles extrêment variables et tendent à envahir tout le territoire du poumon, la gravité du pronostic étant proportionnelle à l'étendue des lésions. Brunon juge ces vues « un peu absolues » et se demande quel est leur intérêt pratique. Elles expliquent les poussées évolutives et l'apparition des foyers nouveaux, concordent avec la marche de la tuberculose, succession de trêves et de réveils, éclairent le mécanisme anatomique des hémoptysies et donnent une indication sur le pronostic, qui relève de l'étendue des lésions et non plus de leur degré ; mais elles font perdre de vue l'élément capital, à savoir l'état général du malade. « Les anciens avaient raison, le terrain est tout. »

Deux intéressants chapitres, l'un de Lecaplain sur la radiologie pulmonaire, l'autre de Cayrel sur le diagnostic de laboratoire, complètent parfaitement l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire, bien que leurs conclusions soient visiblement inspirées par les idées du maître : il faut avoir un diagnostic clinique avant d'avoir un diagnostic radiologique ou bactériologique ; la radiologie et le laboratoire ne sont pas des procédés de moindre effort, mais bien un contrôle des résultats fournis par l'examen du malade.

En résumé, le livre de Brunon, conçu par un savant, vécu par un clinicien, écrit par un lettré et destiné au praticien, laisse au second plan, quand il ne les écarte pas délibérément, les travaux biologiques, pour faire appel aux seules ressources d'une longue expérience médicale. Il montre la prépondérance de la clinique sur le laboratoire et soutient vigoureusement les opinions anciennes de la valeur du terrain contre le modernisme microbien. Et l'on ne peut qu'éprouver de l'étonnement en comparant les idées de Brunon et de Calmette et en mesurant la distance qui les sépare. Pour ce dernier les facteurs essentiels de contamination sont les porteurs et semeurs de germes virulents : tuberculeux ouverts, tuberculeux occultes, tuberculeux latents ; l'infection tuberculeuse est réalisée par le bacille seul et la gravité relève du nombre, de la qualité et de l'origine des éléments infectants ; c'est donc contre le bacille de Koch que doivent se concentrer les efforts de la lutte antituberculeuse, il faut tarir ou rendre inoffensives les sources infectieuses. Le rôle du terrain se réduit à peu de chose ; le taudis, l'alcoolisme, la misère, sont des facteurs de déchéance organique qui ne rendent pas l'homme tuberculeux là où le bacille n'existe pas ; l'amélioration des conditions matérielles de la vie ne fait que restreindre les occasions de contagion. La lutte antituberculeuse consiste avant tout dans la défense antibacillaire ; elle sera efficace à condition de préserver les individus sains contre l'infection et surtout contre la surinfection. Les idées de Calmette et de Brunon, bien qu'opposées, pourraient cependant se concilier assez facilement ; il suffirait pour cela de considérer la contagion et le terrain non pas dans leurs différences mais bien dans leurs rapports, comme l'a fait Allen K. Krause, l'éminent professeur de l'Université John Hopkins, dans son beau livre : Environment and resistance in tuberculosis (Le milieu et la résistance dans la tuberculose). Dans la première partie il place la tuberculose dans son milieu mi-normal mi-pathologique, au lieu de la considérer comme une entité isolée, toutes relations rompues avec le monde extérieur ; l'environnement, néologisme un peu vague, désigne tout ce qui entoure le malade, depuis le bacille avec ses tentatives d'infection et de surinfection jusqu'aux conditions hygiéniques,

© BIU Santé

morbides, professionnelles, sociales, politiques et même psychiques. Dans la deuxième partie, il précise la notion de résistance, étroitement liée au terrain individuel ; il n'y aurait pas de résistance native, mais une résistance acquise, plus ou moins marquée, d'où dépend l'évolution pathologique.

On voit combien les problèmes de la contagion et de la résistance sont encore obscurs et compliqués. Brunon met en valeur le fonds de vérité des théories anciennes, il juge un peu sévèrement les notions récentes, mais il a avant tout une thèse à soutenir ; aussi conclurons-nous simplement en lui appliquant le jugement que lui-même a prononcé sur Villemin : « Il faut admirer son esprit de pénétration, mais ne pas craindre de reconnaître ses exagérations ».

J. LAFONT.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des varices par la méthode phlébosclérosante. Association novocainée (à propos de 60 cas).

Par A. **BACHARACH** (de Lyon).

Nous rapportons ici le compte rendu de notre expérience personnelle portant sur 60 cas de varices des membres inférieurs traitées par la méthode phlébosclérante (Sicard) que nous employons depuis fin 1922.

Ces 60 cas ont nécessité au total 240 séances pour 725 injections.

Ils se répartissent comme suit :

52 cas de varices simples sans complications et de calibre variant depuis les cas courants et moyens jusqu'aux varices énormes avec ampoules multiples de la grosseur d'une amande environ chacune : 4 cas d'ulcères variqueux vrais avec varices moyennes ; 4 cas mixtes d'ulcères variqueux vrais et d'eczéma variqueux.

Nous avons obtenu de la méthode les meilleurs résultats. Nous n'avons à signaler, en effet, aucun insuccès.

Deux incidents locaux sont survenus au cours du traitement dont nous reparlerons plus bas.

Nous employons en général pour nos traitements des ampoules fabriquées selon les formules suivantes :

1°	Salicylate de soude	0 gr. 50
	Novocaïne pure	0 gr. 05
	Eau distillée	2 cc.
2°	Salicylate de soude	1 gr.
	Novocaïne pure	0 gr. 05
	Eau distillée	5 cc.
3°	Salicylate de soude	2 gr.
	Novocaïne pure	0 gr. 05
	Eau distillée	10 cc.
4°	Salicylate de soude	3 gr.
	Novocaïne	0 gr. 05
	Eau distillée	10 cc.

Elles diffèrent, comme on voit, en deux points de la formule de Sicard :

1° par le dosage, 2° par l'adjonction d'un analgésique.

En injectant, en effet, une quantité importante de liquide sclérogène dans une varice, l'action sclérosante se produit sur un trajet plus long, ce qui permet de réduire la quantité d'injections à faire. Nous avons ainsi obtenu dans beaucoup de cas de la sclérose sur un trajet allant jusqu'à 0.30 cm. ; dans un cas nous avons pu mesurer 0,42 cm.

Dans les petites varices à nombreuses ramifications cet effet sclérosant favorable se produit moins, ce qui explique le grand nombre d'injections (725) sur un nombre de cas relativement restreint (60). Dans ces cas, une grosse ampoule sert à faire 3 ou 4 injections de quelques cmc. chacune. On voit d'ailleurs que les traitements ont été faits avec une moyenne de 4 séances différentes par cas.

La novocaïne diminue sensiblement la douleur et la crampe pénible qui suit immédiatement l'injection. Nous en avons éprouvé l'effet sur nous-même en faisant alternativement deux injections sans analgésique et deux injections novocaïnées dans les veines dorsales du pied.

Nous avons cru prudent, pour l'usage courant, de ne pas dépasser la dose de cinq centigrammes de novocaïne par ampoule. Cette dose suffit pour diminuer très sensiblement la crampe et permet d'injecter chez les sujets courageux plusieurs ampoules dans une séance. Avec 10 centigrammes on la réduit à peu près à néant. En signalant avec Bazélis cet effet favorable de la novocaïne (1), il y a lieu de faire remarquer que chez les grands pusillanimes une dose de novocaïne importante rend de réels services pour faire supporter le traitement.

Une certaine agitation passagère, se traduisant par de l'excitabilité nerveuse et même de l'insomnie et que nous avons remarquée chez certains malades, est probablement due à la novocaïne.

Au point de vue technique nous nous tenons, dans l'ensemble, aux règles que les premiers préconisateurs ont observées et qui ont peu changé au cours de l'histoire de la méthode. Sicard et ses élèves les ont exposées à maintes reprises (2) et nous croyons inutile d'y revenir ici. Nous nous limiterons à signaler ici quelques points de notre technique personnelle qui pourraient être de quelque utilité.

Bien que la station debout soit, conformément à la pathogénie de l'affection (Delbet, Mocquot, Trendelenburg), la position par excellence pour faire apparaître le relief maximum des varices, nous employons toutes les positions intermédiaires allant de la station debout jusqu'à l'horizontale, voire, dans certains cas, le Trendelenburg en basculant le malade de plus de 50° lorsque cela s'impose. Cette manœuvre devient utile, sinon indispensable, dans les cas d'énormes varices ampullaires qu'on trouve le plus souvent à la cuisse sur le trajet de la grande saphène.

Nous avons eu, en effet, des cas avec ectasies variqueuses allant jusqu'à la grosseur d'une grosse prune et jusqu'au nombre de 8 ampoules variqueuses accolées l'une à l'autre, formant un véritable monticule. Voici comment on obtient dans ces cas un résultat thérapeutique rapide. Le malade étant en position horizontale, on arrête distalement la circulation veineuse à l'aide de la bande d'Esmarch qu'on enroule jusqu'à la naissance de la zone variqueuse sur un trajet d'environ 0 30 cm. La ponction de la varice étant faite avec l'aiguille seule, un aide bascule le malade en Trendelenburg pour vider la varice. Il applique ensuite le tube d'Esmarch ou la bande de Nicaise au-dessus de la zone variqueuse de façon à délimiter la zone opératoire. Toute l'attention se porte sur l'aiguille qu'on aura eu soin de maintenir soigneusement en place afin d'éviter son échappement de la lumière du vaisseau. On adapte prudemment la seringue et on injecte ensuite lentement le liquide après s'être rendu compte par aspiration que l'aiguille est bien en place.

Un massage de quelques minutes sur toute la région circonscrite par les deux liens active l'effet sténosclérosant du médicament emprisonné dans la varice entre les deux liens, sur l'endoveine dont les parois entrent d'autant plus en contact intime avec le liquide que la déplétion du vaisseau est

(1) BAZÉLIS. — Traitement des varices par les injections sclérosantes intra-variqueuses, *Presse méd.*, 23 avril 1924, n° 33, p. 538-9 et Thèse Paris 1924. (On trouvera dans cette thèse la bibliographie de la question).

(2) SICARD. — Traitement des varices par les injections intra-variqueuses. *Marseille méd.*, 1 février, 1920,p. 99. *Journ. méd.*, février, septembre 1921. *Progrès méd.*, 20 janvier 1923, p. 32. *Gazette des Hôpitaux* 1922. *Presse méd., loc. cit.*, p. 359, etc.

© BIU Santé

complète. L'observation suivante nous paraît assez éloquente :

Monsieur X, ferblantier, âgé de 46 ans se présente le 18 septembre 23 pour varices des jambes depuis l'âge de 30 ans et ulcères variqueux.

Rien d'intéressant dans l'historique.

A l'examen on constate : petites varices du mollet et de la jambe droite. A gauche petites varices de la jambe, surtout au mollet. Ectasie variqueuse importante de la cuisse caractérisée par 6 ampoules de la grosseur d'une prune moyenne chacune, longeant le trajet de la grande saphène. Au-dessus de la cheville interne gauche deux lésions ulcéreuses de la grandeur d'une pièce d'un franc chacune n'ayant détruit que le derme. Début des ulcères en 1917. Rechutes deux fois depuis décembre 1922. Les plaies sont rouvertes depuis 3 mois. Le 19 septembre 23, deux injections dans les varices du mollet gauche avec ampoules 2. Une injection au-dessous du genou avec ampoules 4. Cette dernière est faite au Trendelenburg selon la méthode décrite ci-dessus, la varice étant exsangue. Massage pendant 3 minutes environ après l'injection. Les liens élastiques restent en place pendant 10 minutes.

Le 28 septembre 23, le malade revient avec la veinite caractéristique sur un trajet de 0.35 cm. Les ulcères sont déjà couverts d'une croûte adhérente. La cicatrisation est acquise dix jours après. Les petites varices sont traitées entre temps par injections régionales.

Le 15 mars 24, la guérison, acquise dès début octobre 23, est confirmée.

Autant l'injection devra être faite strictement intraveineuse, autant l'hémostase devra être complète après l'injection. Une injection paraveineuse ou un reflux de sang mélangé au liquide irritant après l'injection peuvent donner lieu à des escarres plus ou moins importantes qui sont peu douloureuses mais toujours longues à guérir et qu'il faut arriver à éviter à tout prix. Les deux incidents signalés plus haut étaient en effet des escarres dues, je crois, aux deux causes indiquées.

Comment les éviter ? Quelques gouttes intratissulaires ne vont pas jusqu'à l'escarre ? Dès qu'on constate qu'une partie considérable a filtré dans le tissu périveineux, on injecte 5 à 10 cmc d'eau distillée stérilisée hypodermique ou intracellulaire avec laquelle on étend par massage le liquide caustique. L'escarre ne se produit pas.

Pour éviter le reflux du liquide, nous nous servons actuellement de bandelettes de caoutchouc plein de 1 1/2 mm. d'épaisseur et de 3 1/2 cm. de largeur.

Après l'injection, un tamponnet de coton est fixé à l'aide d'une de ces bandelettes en forme de jarretière sur le point d'injection et laissé en place pendant quelques minutes. On peut d'ailleurs opérer en attendant. Les tuyaux de caoutchouc, très pratiques pour les injections intraveineuses, sont à proscrire ici. Tendus, ils ne sont pas assez larges et se déplacent, surtout au mollet et près du genou, trop facilement.

Les auteurs s'étendent, en général, peu sur l'efficacité du traitement phlébosclérant des varices en cas de coexistence d'ulcères variqueux vrais ou d'eczéma variqueux ou des deux. Nos observations (8 cas) sont insuffisantes pour conclure à des données thérapeutiques nettes et absolues.

Bazélis donne dans sa thèse plusieurs observations d'ulcères variqueux guéris par le traitement phlébosclérosant des varices. Nous croyons devoir conseiller dans les complications de ce genre de toujours s'astreindre à scléroser les *moindres petites varices accessibles*. L'importance des ulcères ne dépend pas toujours de la grosseur ou de l'étendue des varices. Souvent des ulcérations chroniques se greffent sur un membre peu variqueux et nous avons vu disparaître des complications variqueuses vraies anciennes peu de temps après le traitement phlébosclérosant de varices à peine palpables et presque invisibles.

Bien entendu, la durée de la cicatrisation dépend, après sclérose artificielle des varices, de la profondeur de l'ulcère (derme entamé ou détruit, tissus sous-jacents entamés ou non) de son étendue et du degré d'infection secondaire.

La sclérose arrête l'irrigation sanguine anormale et une fois la nutrition régionale rétablie, il semble naturel qu'une affection qui n'est qu'une suite de stase veineuse pathologique disparaisse avec celle-ci.

Bien entendu, d'autres facteurs pathogéniques (tuberculose, syphilis, troubles trophiques mal élucidés et surtout athérome artériel des membres inférieurs, etc.) viennent compliquer ici le tableau. Le point important et délicat est donc avant tout de reconnaître la part qui revient aux conditions locales et générales et quels facteurs spécifiques entrent en ligne de compte dans la pathogénie de l'affection.

Dans les ulcères variqueux vrais, nous associons au traitement causal des varices par injections sclérosantes des pansements humides à l'eau bouillie ou au sérum physiologique et nous terminons le traitement local par poudrages cicatrisants. Dans l'eczéma variqueux, les diverses pommades composées selon la nature dermatologique de l'affection locale rendent des services appréciables.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie. (Ch. LESTOCQUOY, Thèse de Paris. Le François 1924.)

Il est très difficile de définir le minimum de signes nécessaires au diagnostic de la tétanie latente. La recherche de l'hyperexcitabilité électrique est sujette à de nombreuses causes d'erreurs ; d'ailleurs, elle n'est pas toujours possible. Le meilleur signe clinique de tétanie latente semble être le phénomène de Chvostek. De nombreuses raisons nous autorisent à croire qu'il caractérise un état d'hyperexcitabilité particulière du système nerveux périphérique, impossible à séparer des formes frustes de la tétanie ; la principale est sa disparition sous l'influence de l'irradiation ultra-violette, traitement spécifique de la tétanie manifeste.

L'abaissement de la teneur en calcium du sérum sanguin a été récemment proposée comme un critère biologique de la tétanie. La méthode actuellement utilisée, et dont M. Lestocquoy a entrepris l'étude critique, a pour but le dosage eu calcium libre non combiné aux protéines. Elle néglige le calcium protéinique et les sels ionisables. Les manipulations qu'elle nécessite modifient très profondément l'équilibre des ions sanguins. Elle permet cependant d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Dans les formes manifestes de la tétanie, la teneur du sérum sanguin en calcium non protéinique est en général notablement abaissée ; cette constatation peut être considérée comme un des symptômes de la série tétanique.

2° L'hypocalcémie n'est cependant pas constante, et son absence ne permet pas d'infirmer un diagnostic de tétanie reposant sur de sérieuses bases cliniques.

3° Les exceptions à la loi d'hypocalcémie sont encore plus nettes et indiscutables au cours de l'évolution des cas de tétanie manifeste sous l'influence du traitement par l'irradiation ultra-violette : les manifestations cliniques de la tétanie peuvent persister alors que, depuis plusieurs jours déjà, la calcémie est redevenue normale.

4° Dans l'ensemble des cas de tétanie, manifeste ou latente, il y a un certain parallélisme entre l'intensité des manifestations cliniques et l'importance du déficit calcaire. Mais ce parallélisme est très loin d'être rigoureux.

5° La valeur séméiologique de la calcémie peut, en dernière analyse, être schématisée ainsi :

1. Dans la tétanie avec contractures ou laryngo-spasme, en l'absence possible d'un signe décisif, signe du facial par exemple.

a) Une forte hypocalcémie (Ca voisin de 7) est un argument important à l'appui du diagnostic de tétanie ;

b) Une calcémie légèrement abaissée (Ca voisin de 8) apporte une présomption en faveur de la tétanie. Mais ces chiffres peuvent s'observer en dehors de la tétanie ;

c) Une calcémie normale (Ca = 10) n'infirme pas le diagnostic de tétanie, mais elle impose de nouvelles investigations cliques.

© BIU Santé

2. Dans la tétanie latente.

Les variations du taux du calcium sanguin sont trop peu considérables, le déficit calcaire trop souvent absent pour qu'on puisse utiliser cette méthode bio-chimique dans la délimitation de son domaine.

6° Les exceptions à la loi d'hypocalcémie dans la tétanie manifeste permettent d'affirmer que la relation entre la teneur en calcium du sérum sanguin et le degré d'hyperexcitabilité du système nerveux n'est pas une équation simple. Il y a de fortes raisons de croire que l'étude de la fraction ionisée du calcium sanguin est appelée à éclairer la question et peut-être à rendre compte des discordances actuellement observées.

7° Il est probable qu'il faut, en outre, faire entrer dans la pathogénie de la tétanie, à côté du facteur calcium, un facteur toxique dérivé de la guanidine dans le sang. Actuellement on ne sait pas encore quelle peut être la relation qui lie le taux du calcium et le taux de la guanidine dans le sang, ni comment l'insuffisance parathyroïdienne, d'une part, l'hypertrophie du thymus, d'autre part, troublent le métabolisme de ces deux éléments. Ces facteurs semblent nécessaires à l'éclosion de la tétanie, mais aucun ne saurait à lui seul l'expliquer.

8° L'irradiation par les rayons ultra-violets à l'aide de la lampe de quartz à vapeurs de mercure est le traitement de choix de la tétanie. Il y a cependant des cas résistants. Mais leur nombre n'est pas suffisant encore pour permettre une critique de la méthode thérapeutique.

L'adsorption en thérapeutique Le charbon animal. (J. LEFÈVRE. Thèse de Paris 1924.)

L'auteur précise en une étude préalable de physico-chimie ce qu'il faut entendre par adsorption ; cette force attractive qu'exercent sur certaines substances des corps colloïdaux ou des poudres ; il rapproche le phénomène de la teinture de l'action des poudres. Après une comparaison entre les différentes poudres adsorbantes, talc, kaolin, charbon végétal et animal, il établit que l'action thérapeutique de ces substances ne peut être mesurée que par leur pouvoir adsorbant, facile à titrer vis-à-vis du bleu de méthylène.

En effet un bon charbon de peuplier pulvérisé ne peut adsorber que 5 mmgr. de bleu par gramme, le noir animal ordinaire 70 mmgr. et le charbon employé par Lefèvre 240 mmgr. et plus.

Il étudie à ce point de vue le Carbosanis, charbon animal à haut pouvoir adsorbant qu'il a utilisé dans son travail. L'action thérapeutique du charbon repose en effet sur la fixation à sa surface de certaines substances nocives qui se trouvent dans l'organisme et dont l'action est par là même neutralisée. Le charbon animal est l'antidote efficace de presque tous les poisons, ainsi qu'en témoignent des observations impressionnantes. Dans les affections intestinales, le charbon agit en fixant les microbes et surtout les toxines. Très efficace contre le botulisme, les entérites aiguës, il a provoqué des guérisons rapides dans des cas de diarrhées contre lesquels rien n'avait agi, à la dose relativement faible d'une cuillerée à café par jour. Il diminue nettement les symptômes d'auto-intoxication. Il est généralement utile de lui adjoindre un laxatif salin, car il a tendance à provoquer de la constipation.

Il est probable que la possession d'un charbon animal spécialement actif permettra d'étendre les indications et l'utilisation en thérapeutique de cette force puissante qu'est l'adsorption ; déjà l'auteur signale l'heureux emploi du charbon animal comme pansement sur les plaies atones et infectées.

Repérage anatomique de la tête et du col fémoral appliqué au vissage des fractures du col du fémur. (Marcel THALHEIMER, Thèse de Paris, 1924. Arnette, éditeur.)

Il est possible, dit l'A., de déterminer par des procédés purement anatomiques le centre de la tête du fémur et la direction de l'axe du col fémoral.

Cette détermination doit être contrôlée par un repérage radiographique dans la position opératoire sous extension.

On peut réaliser pratiquement un appareil d'enchevillement qui sera conduit le long de la parallèle à l'axe du col à 20 cm. au-dessus du plan du sujet.

Les résultats anatomiques et chirurgicaux de cette méthode prouvent que la vis suit dans ces conditions strictement l'axe du col fémoral.

La méthode peut être employée aussi bien dans l'enchevillement d'une fracture récente, que pour préparer le lit d'une greffe ostéopériostique dans le traitement des pseudarthroses du col fémoral.

Le glaucome dans ses rapports avec la syphilis. (Maurice ARNOUX, Thèse de Nancy, 1924.)

Si, dit l'A., le glaucome secondaire est très fréquemment consécutif à des lésions syphilitiques de l'œil, le glaucome primitif est, dans un grand nombre de cas, en coexistence avec la syphilis.

L'infection tréponémique semble jouer un grand rôle dans la genèse du glaucome infantile, mais les études récentes paraissent lui donner également une large place dans l'étiologie du glaucome primitif ; par contre, elle n'a aucune influence sur la production du glaucome aigu.

Chez les glaucomateux chroniques, on rencontre très souvent des lésions vasculaires : ectasies de la crosse et de l'aorte thoracique, aortite, rétrécissement aortique, angine de poitrine, qui, presque toujours, reconnaissent une origine syphilitique.

La fréquence de ces lésions fait que pour plusieurs auteurs, le glaucome serait une localisation oculaire d'un processus vasculaire général. De plus, il ne faut pas oublier que le syndrome hypertensif de l'enfant est accompagné de lésions vasculaires, qui peuvent dépendre de la syphilis.

A côté des lésions cardio-vasculaires, il existe des troubles du système nerveux, tels que les signes de tabès, en particulier qui ne font que confirmer la coexistence de la syphilis chez les glaucomateux observés.

La réaction de Wassermann a été trouvée positive dans le sang chez quelques malades atteints de glaucome chronique simple. Elle constitue un signe excellent de l'infection tréponémique et elle doit être pratiquée dans tous les cas.

Dans tout glaucome chronique primitif survenant sans cause avérée, il y a lieu d'instituer d'urgence un traitement anti-syphilitique. Les différents médicaments spécifiques peuvent être employés, mais la préférence doit être donnée à l'arsénobenzol, dont l'action hypotensive a été prouvée récemment.

Il semble difficile de dire, à l'heure actuelle, si le glaucome chronique primitif est une manifestation directe de la syphilis. Il faut cependant se rappeler que l'on n'a pas hésité à mettre le tabès, par exemple, sur le compte de la syphilis, alors que le traitement spécifique ne donnait aucun résultat, en raison de la proportion élevée de syphilitiques parmi les tabétiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même du glaucome, au moins dans un grand nombre de cas ? Nous n'avons nullement, dit l'A., l'intention de dire que tous les glaucomateux sont des syphilitiques, mais nous croyons pouvoir affirmer que la syphilis se rencontre fréquemment dans le glaucome chronique et que très vraisemblablement, dans nombre de cas, il y a une relation de cause à effet.

Contribution à l'étude pratique de l'électro-coagulation en oto-rhino-laryngologie. (Etienne MARTERET, Thèse de Paris 1924. Arnette éditeur.)

Nos observations de plus de 60 cas nous autorisent, dit l'A., à considérer :

1° Qu'il ne faut recourir qu'exceptionnellement aux applications en tissu enflammé.

2° Qu'il faut savoir espacer les séances opératoires selon : la qualité des tissus, l'étendue des lésions, leur localisation, l'effet escarrifiant antérieurement obtenu, la réaction locale plus ou moins vive.

3° Qu'on doit se laisser guider beaucoup plus par l'effet objectif produit par l'électrode que par les facteurs éminemment variables, la section de l'électrode différant suivant la lésion à traiter, le nombre de milliampères employés, le nombre de secondes de passage du courant et la « restrictivité » propre des tissus.

La méthode présente des avantages généraux et des avantages

© BIU Santé

locaux. Elle est puissante, puisque son action peut s'étendre sur de vastes régions comme sur un champ très limité. Elle est d'une extrême souplesse. Il est facile avec le même courant et les mêmes appareils d'obtenir une grande variété d'effets. Son application n'est pas douloureuse et les malades les plus pusillanimes l'acceptent aisément. L'escarre obtenue est toujours souple et non rétractile.

On conçoit ce que valent ces qualités dans les interventions endo-cavitatres.

D'après les observations de l'A., les indications de la méthode sont les suivantes :

Les synéchies nasales et pharyngées ; les tuberculoses nasales ; les synéchies vélo-pharyngées ; les tumeurs angiomateuses du voile et de la langue ; les tumeurs sanguines du nez ; la destruction du tissu amygdalien : chez les pusillamines, les hémophiles, les artérioscléreux, les chanteurs.

L'électrocoagulation peut être un auxiliaire précieux dans le traitement palliatif des cancers de l'amygdale au même titre que la radiumthérapie et la radiothérapie profonde.

Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par la voie cutanée. Etude critique de l'immunité locale. (Emile Rivalier, Thèse de Paris, 236 p. 1924. Arnette, éditeur.)

L'immunité que permettent de réaliser certaines vaccinations par voie cutanée a été comprise dans deux sens distincts. Tantôt elle est considérée comme une immunité locale circonscrite au revêtement tégumentaire ; pareille interprétation ne peut rendre compte de l'insensibilité acquise de l'organisme que si le virus étudié est doué pour la peau d'une affinité exclusive. Tantôt, dans les cas où cette affinité ne peut être invoquée, l'immunité obtenue par voie cutanée est interprétée comme l'extension à l'organisme entier d'un état réfractaire des cellules mises en contact avec les éléments microbiens. C'est à la discussion de ces deux manières de voir appliquées à un certain nombre d'infections qu'a été consacré le travail de M. E. Rivalier, dont voici les conclusions :

« I. La peau, chez les animaux de laboratoire, est susceptible d'être rendue réceptive vis-à-vis de nombreux germes microbiens et de répondre à l'infection par une réaction inflammatoire locale.

La condition nécessaire et suffisante pour déterminer cette réceptivité est l'épilation pratiquée extemporanément, qui semble agir en favorisant la pénétration du germe et en sensibilisant la peau.

Quelques jours après l'épilation, la peau a perdu partiellement ou complètement la faculté de répondre à l'infection par une réaction locale, quelles que soient les érosions mécaniques pratiquées à sa surface. Il en résulte que cet état réfractaire d'ordre banal entrave la recherche de toute immunité locale spécifique sur un territoire cutané préalablement infecté.

II. En se conformant aux conditions précédentes, il est possible d'infecter la peau avec de nombreux germes sans que cette infection implique de la part de ces germes une affinité cutanée élective. Cette infection a pu être produite en effet chez le lapin ou le cobaye par le méningocoque, le streptocoque, une pasteurella, la bactéridie charbonneuse, le bacille diphtérique, le bacille B, etc.

L'intensité de la réaction locale obtenue avec un même germe est, dans une certaine mesure, mais non nécessairement, liée à la virulence de la souche employée pour l'animal étudié. Elle est en rapport pour certaines infections (streptocoques) avec le degré de résistance de l'organisme.

L'envahissement de l'économie se fait indépendamment de la réaction locale et varie essentiellement suivant le microbe inoculé. Rare dans l'infection pasteurellienne, malgré la tendance habituelle des pasteurellæ à créer une septicémie, il est constant dans l'infection charbonneuse ; variable dans d'autres infections où il paraît relever d'un état anergique de l'animal (streptocoque).

Dans le déterminisme de ces généralisations infectieuses, la peau semble être dépourvue de tout rôle spécifique, et intervenir d'une façon mécanique, soit pour entraver, soit pour favoriser la pullulation des germes, selon leurs facultés d'adaptation.

III. La notion d'une affinité cutanée étroitement spécifique a été étendue à certains germes qui ne la possèdent pas. Cette affinité a été en particulier invoquée pour la bactéridie charbonneuse qui ne serait capable de déterminer une septicémie qu'à la faveur d'une infection locale cutanée préalable.

Or les expériences précédentes démontrent que chez le cobaye l'infection charbonneuse peut être régulièrement obtenue par inoculation intracardiaque ou intraveineuse de sang charbonneux ou de culture virulente, en l'absence de toute lésion cutanée, si minime soit-elle. Il n'en demeure pas moins que l'inoculation du charbon sur la peau est d'une particulière sévérité, mais ce fait semble dû à un phénomène d'adaptation microbienne et non à une propriété tissulaire spécifique.

IV. De même que l'infection cutanée peut être réalisée par de nombreux virus, de même l'immunisation de l'organisme peut être obtenue vis-à-vis de germes divers par voie sous-cutanée, sans que l'affinité élective de ces germes pour la peau soit nécessaire.

Suivant les cas, l'état réfractaire, du moins partiel, nécessite pour apparaître l'emploi de cultures virulentes, de cultures atténuées, ou seulement de germes tués ou de cultures filtrées.

Lorsque l'application cutanée des germes microbiens vivants entraîne la vaccination de l'organisme, c'est à la suite de réactions locales fortes, mais on ne peut pas toutefois affirmer une relation de cause à effet entre l'intensité de la réaction locale et le degré de l'immunité obtenue. Par contre lorsque des cultures tuées ou filtrées ont, par leur application sur la peau, un pouvoir vaccinant, l'état réfractaire se constitue sans phénomènes locaux appréciables.

La solidité de l'immunité obtenue par la peau varie considérablement selon le germe étudié : égale ou supérieure dans certains cas (charbon) à celle que peut réaliser toute autre méthode de vaccination, elle se montre vis-à-vis de plusieurs infections notablement moindre. L'absence d'anticorps décelables *in vitro* dans les humeurs est un de ses caractères particuliers, mais ce n'est pas là, tant s'en faut, une loi constante.

Enfin l'état réfractaire de la peau s'avère dans tous les cas étudiés sous l'étroite dépendance de l'état réfractaire général. Lorsque l'immunité complète de l'organisme peut être obtenue vis-à-vis d'un germe (pasteurella, charbon) elle entraîne *ipso facto* l'insensibilité du tegument, quelle que soit d'ailleurs la méthode de vaccination employée. Au contraire si la vaccination par différentes voies n'engendre qu'une immunité incomplète, la peau conserve sa réceptivité ; il arrive même (streptocoque) que les essais de vaccination entraînent une véritable sensibilisation cutanée paraissant relever de phénomènes d'allergie.

Par contre, les vaccinations cutanées ne permettent en aucun cas de déterminer un état réfractaire uniquement localisé au tégument.

V. — Il résulte de ces faits que la notion d'immunité locale de la peau a bénéficié d'une extension exagérée. Une pareille immunité n'est ni réalisable à l'état isolé vis-à-vis des germes étudiés, ni capable de rendre compte de l'état réfractaire de l'organisme à l'égard de ces germes qui ne sont pas doués d'une affinité exclusive pour la peau.

VI. — Il reste cependant que les vaccinations par voie cutanée ont, dans certains cas, l'intérêt de montrer ce qui, dans la genèse de l'immunité, est indépendant des propriétés humorales connues, et attribuable aux cellules fixes des tissus.

Les particularités de l'état réfractaire obtenu par cette méthode n'autorisent pas à envisager la mise en jeu d'un processus nouveau ; elles paraissent dépendre du mode de pénétration et de dissémination de l'antigène microbien dans l'économie et non pas de l'extension à tout l'organisme d'une immunité localement acquise.

La pratique ophtalmologique chez les Arabes. (Smail Lakhdari, Thèse de Lyon, 1924.)

De toutes les branches des sciences médicales, l'ophtalmologie a occupé une place prépondérante dans les écrits des médecin

© BIU Santé

arabes. Ce peuple eut non seulement de véritables spécialistes, mais encore des cliniques d'ophtalmologie, dans les hôpitaux de Bagdad et du Caire, ce qui se comprend par la fréquence des maladies des yeux en Arabie.

Les Arabes franchement islamisés se lancèrent avec l'ardente foi des néophytes à la conquête des sciences après avoir fait celle des royaumes. Ils passèrent d'abord par une période d'imitation et d'assimilation, période au cours de laquelle les ouvrages anciens et surtout grecs furent traduits. Puis; continuant leur mouvement ascendant, ils apportèrent de nouvelles et appréciables connaissances à la médecine.

En ophtalmologie, on voit au moyen-âge, avec Rhazès, Abulcassis, Avicenne, Khalifa-ben-Abil-Mahassin, des études anatomiques de l'organe de la vision, ébauchées d'une façon plus scientifique. Les grands maîtres précédaient leurs traités d'un exposé succinct mais complet de connaissances anatomiques de l'époque. Les schémas et les figures, ainsi que les instruments d'ophtalmologie font leur entrée avec les oculistes arabes de l'Ecole espagnole. Entre les mains des Arabes, la chirurgie se sépara de la médecine.

L'influence des Traités arabes d'ophtalmologie fut considérable. Les écoles de Montpellier, de Salerne et de Paris s'inspiraient des écrits et doctrines des Arabes. On citait Avicenne, Rhazès, Abulcassis dans tous les cours et les ouvrages. Guy de Chauliac ne fait que reproduire le plus souvent Abulcassis et Ali-ben-Abbass, quand il traite de l'ophtalmologie. Et n'a-t-on pas vu les ophtalmologistes faire revivre, en 1893, un procédé de traitement chirurgical du ptosis que les Arabes furent les premiers à pratiquer ? Cela suffit à justifier une histoire de l'ophtalmologie chez les Arabes, telle que le Dr Smail Lakhdari a eu l'idée de l'écrire.

HYGIÈNE URBAINE

L'aménagement d'enclos réservés aux enfants

M. le Professeur Letulle a présenté sur cette question, au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, un rapport que nous reproduisons, d'après le *Bulletin municipal officiel* (16 juillet 1924).

Le problème de la création, à Paris, d'enclos réservés aux tout jeunes enfants, afin de leur permettre de jouer, à l'abri de toutes causes de souillures et de contamination, attend toujours une solution, depuis plus de trente ans qu'il a été soulevé, non seulement par les hygiénistes, les médecins et les philanthropes, mais aussi par tous les Parisiens qui aiment l'« enfant » et s'inquiètent, à juste titre, de l'avenir de notre race.

Une lettre, adressée à M. le Préfet de la Seine par M. Henry Paté, haut-commissaire de l'Éducation physique, va, sans aucun doute, réveiller nos espoirs (si longtemps déçus), en demandant au Conseil municipal de Paris de faire un sérieux effort budgétaire en faveur des tout petits enfants ; cet effort serait amplement justifié par l'amélioration de l'hygiène qui en résulterait pour des milliers de familles d'autant plus intéressantes qu'elles comptent parmi les moins favorisées de la population urbaine.

Le document officiel en question, geste suggestif fait en faveur d'une cause aussi juste, offre à nos yeux une telle importance qu'il m'a paru utile de le transcrire en tête du présent rapport.

Le voici :

« Mon attention a été appelée sur l'intérêt que présenterait, pour la jeunesse parisienne, la création, dans les squares et jardins, d'enclos réservés aux tout jeunes enfants.

« Le Conseil municipal a, déjà, tenté un effort dans ce sens. Malheureusement, il s'est traduit, dans la pratique, par la délimitation, dans quelques rares jardins, d'un espace de quelques mètres carrés où un tas de sable, rarement renouvelé, était mis à la disposition des enfants.

« Il serait à souhaiter que cet effort soit amplifié et que, dans les espaces libres de la Capitale, des emplacements soient réservés à la jeunesse parisienne.

« Des précautions particulières seraient prises pour les mettre à l'abri de toute cause de souillure ou de contamination. L'accès en serait réservé aux jeunes enfants accompagnés du père, de la mère ou de la nourrice. Les promeneurs et les chiens n'y seraient pas admis.

« Dans une période de faible natalité comme celle que nous traversons, la protection de l'hygiène infantile prend une importance capitale. Aussi, serais-je heureux d'apprendre qu'il vous a paru possible de saisir le Conseil municipal d'une proposition dans ce sens.

« Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, etc.

« Signé : Henry Paté ».

La lettre de M. le Haut Commissaire a déclenché, parmi les services administratifs de la Ville, toutes les compétences :

Un rapport de M. le Préfet de la Seine à M. le Préfet de police ;

Des rapports à MM. les Conservateurs des deux secteurs (Est et Ouest) des promenades :

Un rapport de M. l'Inspecteur général des Ponts et chaussées ;

Une note de la Direction de la Police municipale, etc... composent le dossier que vous avez bien voulu me confier.

Tous ces rapports sont remplis de remarques fort justes et de propositions souvent quelque peu contradictoires, mais dans lesquelles la bonne volonté de nos services éclate à chaque page, et met en relief la complexité du problème.

C'est que, peut-être, les données fondamentales indispensables à la création d'un « enclos » pour jeux de petits enfants ne sont pas assez présentes à l'esprit. Elles sont des plus strictes et il est facile de les résumer en quelques lignes.

Mettons, pour commencer, à part les grands jardins publics et les parcs de Paris : Les Tuileries, le Luxembourg, le parc Monceau, le parc de Montsouris, les Buttes-Chaumont, le Champ-de-Mars, possèdent assez de terrain pour permettre un choix exemplaire des emplacements à y réserver à nos tout petits. Encore, ces « enclos de choix » devront-ils satisfaire à tous les desiderata qui conditionnent leur bon fonctionnement. Il est certain, par exemple, qu'au parc Monceau, la grande allée parallèle au boulevard de Courcelles pourrait être définitivement supprimée, en tant que voie carrossable, et organisée, en deux ou trois endroits, pour les seuls petits « armés de leur pelle et seau ». Voilà déjà une demi-douzaine d'emplacements bien classés ; ce sont, à vrai dire, les moins intéressants, puisqu'ils n'ont qu'à occuper une portion d'espaces préexistants.

Pour être utilisable comme « enclos pour jeunes enfants », un emplacement doit répondre à plusieurs conditions matérielles primordiales :

En premier lieu, ses dimensions doivent être suffisantes pour éviter tout encombrement des petits clients et de leurs guides naturels, et comme l'agencement, l'entretien et la surveillance de l'enclos comporteront des frais assez lourds, il faut, de toute nécessité, y recevoir un nombre relativement élevé de « joueurs » j'ai failli dire d'élèves. Emplacement pour un minimum de cinquante enfants et pour une cent-cinquantaine, au maximum, tels seraient les chiffres extrêmes que l'on pourrait proposer ; à moins, bien entendu, que la Ville de Paris ou le Département de la Seine retrouvent quelque parc utilisable dans son ensemble et pouvant accueillir plusieurs de nos « équipes », dans autant d'enclos distincts. Il semble, à première vue, que la surveillance d'une centaine d'enfants doublés de leurs guides réponde aux conditions optima. Deux à trois mètres carrés, par tête d'enfant, représentent, semble-t-il, une mesure à peu près convenable pour l'installation des cent et quelques petits colons qui, pour vivre et se développer, ont besoin de jouer, ne l'oublions pas, et de courir selon les forces de leurs jambes : car un tout petit sain ne restera jamais assis, deux heures durant, devant un tas de sable, quand il aura le rare bonheur de déposer de quelques centimètres d'espaces libres.

Outre l'espace suffisant, l'enclos doit pouvoir utiliser simultanément du soleil et de l'ombre. Et cette ombre doit provenir,

© BIU Santé

non pas de la froide obscurité d'une muraille voisine, mais d'arbres solides et modérément touffus. Des arbres, dans un espace libre ? Je n'ose compter le nombre de quartiers de Paris dans lesquels, aujourd'hui., il est à peu près impossible de découvrir ce merveilleux trésor ; à moins de faire appel à quelques uns de ces jardins conservés à grands frais, et malgré la folle exagération des impôts, par leurs propriétaires amoureux impénitents de la verdure et des oiseaux.

Pour constituer un bon emplacement, il faut encore une condition importante : l'isolement relatif, autrement dit, l'éloignement des grandes voies de passage, l'enfant ne peut jouer en joie qu'à l'abri du bruit des tramways et des automobiles, hors des poussières soulevées par eux au passage, loin du tumulte bourdonnant de la foule qui circule et des cris humains, au delà du cercle de notre vie frémissante. L'enclos doit être un lieu de repos, de calme, dans le silence duquel le petit enfant entend le gazouillis de ses petits compagnons de plaisir et a la joie d'y répondre. Là, dans une enceinte riante, fermée de haies vives, nos jeunes héros se livrent à leurs ébats ; ils travaillent le sable, remuent les cailloux en toute sécurité, à l'abri des souillures qui maculent, partout ailleurs, le sol de la grande ville : ni crachats humains, ni « séquelles défécatoires » des animaux domestiques chiens, chats, chevaux (il en reste encore). Quant aux propres produits, urinaires ou intestinaux, de nos jeunes habitants de passage, quelques réduits bien adaptés à leurs besoins les attendent et, d'ailleurs, des paniers à ordure recueillent immédiatement les pelletées de sable maculé par de clients trop pressés.

L'établissement d'un « enclos » comporte, ensuite, une série d'installations fondamentales, sans lesquelles l'insuccès serait rapide et se traduirait par la désertion. Il faut, en effet, attirer les familles et rendre attrayante la petite prison temporaire que l'on offre à leur progéniture. Il faut surtout les rassurer contre tous dangers, même imaginaires, éducation sociale à organiser d'une manière prudente, habile et bien digne de la sollicitude de nos maîtres hygiénistes.

Une porte d'entrée gaie, d'aspect aimable, d'accès facile, avec, de côté, les deux ou trois pièces dans lesquelles doit se pratiquer, sans cesse, le triage des « candidats ». L'enclos ne saurait, en effet, faire courir à ses locataires le risque de se trouver au contact d'un jeune contagieux ; la coqueluche, tout rhume, tout état subfébrile est une contre-indication au laissez-passer que va accorder, sur-le-champ, l'infirmière d'hygiène sociale, spécialiste en hygiène infantile attachée à l'enclos X (dont le nom patronymique sera, à lui seul, une attirance pour les familles).

Il est impossible de concevoir, de nos jours, un établissement, même à ciel ouvert, dans lequel sont reçus un certain nombre d'enfants devant y vivre quelques heures, sans ce corollaire indispensable : examen prophylactique des enfants, avant l'entrée.

Cette mesure sanitaire établie, l'enfant et son mentor sont admis, sans quarantaine, et tout le monde est tranquille ; on va jouer à loisir. Pour réaliser ce rêve, trois conditions simplement s'imposent aux créateurs de l'enclos. Il est bon que chacun des entrants garde, tout d'abord, son quant à soi. C'est presque instinctif chez l'enfant, même déjà grand ; réserve ou timidité naturelle ? peu importe. Laissez-le remuer un peu, d'abord, on verra ensuite, ce sera bien souvent l'inverse. En second lieu, il faut du sable.

« L'homme bâtit sur du sable », oui, mais le petit enfant trouve dans le sable une de ses premières joies que chaque beau jour renouvelle sans jamais atteindre à la satiété. Avec un tas de sable, un tout petit tas bien à lui, bébé rêve, réalise, construit, détruit sans relâche ; il exerce sa vue et son tact en maniant le sable frais, grenu, pesant et quasiment volatilisable, puisqu'on le voit filer entre ses doigts. Le sable, c'est le bonheur incessamment renouvelé et qu'on a sous la main.

Le sable est donc indispensable à l'enclos que nous organisons ; toutefois, il représente une dépense importante ; car on doit le changer à de très fréquentes reprises.

Cela dit, terminons l'installation de la station de jeux. Des bancs sont indispensables et de deux sortes : petits, très bas, à dossier plein, pour les jeunes-grands ; quelconques et en nombre suffisant, pour les parents.

Puis viennent les tables. Il faut de petites tables rondes, fixes, en ciment armé, pour le service des jeunes clients. Ces tables sont à deux fins : elles aident à jouer, au sable ou autrement, pour celles de ces demoiselles ou pour ces messieurs qui prétendent travailler en l'air : un « pâté » de sable sur une table fait, vraiment, bel effet. Ensuite, au moment du goûter, les tables en question, balayées par les parents, aident la progéniture à reprendre quelques forces avant de se remettre à l'ouvrage.

Enfin, dernier détail d'installation, le plus onéreux assurément : les abris. L'enclos, fermé et plus ou moins éloigné des maisons voisines, est tenu d'offrir un refuge à tout son monde, petits et grands, lorsque survient la pluie, l'orage, l'ouragan. Ces abris sont construits en matérieux agréables à contempler ; ils sont donc larges ouverts, mais assez profonds et assez bien recouverts pour éviter à leurs hôtes les éclaboussures nocives de la pluie. Ils sont orientés en conséquence et suffisamment vastes pour qu'il n'y ait jamais compression possible des jeunes « fauves » immobilisés tout à coup.

Il y aurait encore beaucoup à dire à propos de l'installation des « enclos ». Nous devons prodiguer à nos clients mille occasions d'être heureux. En Allemagne, où l'organisation des emplacements pour jeux de petits enfants atteignait, il y a un quart de siècle, la presque perfection, je me rappelle avoir admiré, dans plusieurs villes, l'ingéniosité touchante dépensée par les promoteurs des enclos pour attiser la joie de leurs petits « externes surveillés » ; jeux de toute sorte, exempts de danger, guignols, volières, basses-cours minuscules, avec petits poulets gourmands... Nul doute qu'à Paris, les amis des enfants feraient merveille, sur ce terrain bien préparé. Ainsi, très vite, la population parisienne apprendrait à aimer, grâce à l'enclos des tout petits, la vie à l'air, source de santé pour les poumons des citadins.

Les détails un peu trop circonstanciés sur lesquels je viens de passer me permettront de répondre en deux mots aux critiques formulées par les honorables administrateurs de la Ville de Paris et de réfuter la plupart des objections faites au projet caressé par M. le Haut-Commissaire du Gouvernement. Tous les endroits de passage, fréquentés par les foules, les boulevards, les grandes places, les avenues majestueuses ne sont point faits pour les enclos en question. La même remarque dirimante s'applique avec plus de force si possible, à la presque totalité des squares : Tour-Saint-Jacques, Arts-et-Métiers, Temple, Anvers, Montholon, Trinité, j'en passe. Tous ces pauvres petits coins ombragés sont envahis, chaque jour, par la population ouvrière du quartier, qui vient prendre quelques minutes de bain d'air et encombrer les quelques mètres carrés ménagés entre les maigres et étroites pelouses, un peu fleuries.

Il n'y a pas place pour les tout petits parmi ces foules, dans ces « purgatoires » bourrés de microbes pathogènes. Un seul square, celui du musée de Cluny, est silencieux et désert, parce qu'il est trop sombre et trop ombragé.

L'administration se trouve, en conséquence, obligée de chercher dans Paris des endroits réservés acceptables par la « Commission des enclos pour enfants tout petits ». Un essai loyal pourrait être tenté, au cas où le Conseil municipal consentirait à faire les premiers frais, tant pour les enclos à organiser dans les six grands jardins et parcs que pour ceux à réaliser dans les quartiers actuellement les plus déshérités, en attendant la libération complète des fortifications. Plusieurs coins sont déjà connus et repérés ; j'en citerai quelques uns : le jardin de Saint-Julien-le-Pauvre, le parc de l'hôtel Biron, le square Galliera ; une des pelouses du jardin du Trocadéro , le jardin du musée Rothschild (rue Berryer) ; la série des jardins qui longent encore la Seine entre le pont de Passy et la rue du Ranelagh, dernière oasis de verdure où l'on pourrait créer un parc admirable pour tous les petits enfants de Passy, etc. Avec un budget annuel suffisant, le Conseil municipal de Paris forgerait une arme solide et nouvelle, puissante, contre la mortalité infantile ; et les familles en retireraient un bénéfice immédiat : renfort de santé, pour les petits enfants, école pratique d'hygiène sociale pour les parents, quel profit pour la Ville entière !

Les conclusions de mon rapport seront brèves :

1° La création d' « enclos », réservés aux jeux des tout

© BIU Santé

petits enfants, se présente, pour la Ville de Paris, comme un devoir urgent.

2° Le choix des emplacements, leurs demensions, les conditions hygiéniques qui doivent présider à la mise en état de ces stations d'un but tout spécial demandent un effort continu et une sollicitude avertie de l'administration.

3° L'aménagement de ces établissements de cure prophylactique comporte un isolement effectif avec un matériel (bancs, tables, abris, etc.), spécial et approprié aux besoins des petits « externes surveillés », pris, chaque jour, en charge par la Ville.

4° Une surveillance technique (infirmière d'hygiène sociale infantile) doit être exercée sur les enfants, à leur entrée et pendant leur séjour dans l'enclos, afin d'éviter toute contamination.

5° L'entretien hygiénique de l'établissement comporte, en particulier, un « service de table » maintenu en constant état de propreté et renouvelé une ou plusieurs fois par semaine.

6° Selon le budget annuel qui serait accordé par le Conseil municipal de Paris, un premier « lot d'enclos infantiles » pourtait être réalisé, tant dans les grands jardins et parcs de la Ville que dans un certain nombre d'espace s libres à choisir par une Commission nommée à cet effet.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Hypophyse et Gynergène

Si l'on parcourt la littérature médicale de ces derniers temps, on remarque une sorte de réaction contre l'utilisation courante du lobe postérieur de l'hypophyse, en obstétrique.

La *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique* fait une enquête, à ce sujet, par la voix de son éminent collaborateur le docteur Pouliot, et voici quelques-unes des réponses actuellement reçues.

Le professeur Boquel (d'Angers) expose que l'utilisation de cette thérapeutique réclame des conditions précises, en dehors desquelles il vaut mieux s'abstenir. « Bien que je m'efforce de répéter à mes élèves, — dit cet auteur, — qu'il ne faut pas agir à la légère, qu'il faut craindre de nuire, j'avoue que je me demande quelquefois, en présence de certains faits, s'il convient de préconiser une telle méthode » (1).

Le Dr Cathala, de Paris, donne pour conclusion à l'un de ses articles, le paragraphe suivant : « Les extraits d'hypophyse qui ont suscité un enthousiasme un peu exagéré, au moment de leur apparition dans la thérapeutique obstétricale, ont déjà vu leurs indications diminuer peu à peu. Actuellement, ils sont soumis à une critique assez sévère » (2).

Le prof. Van Cauwenberghe, de Gand, ne craint pas d'écrire : «Je crois que l'extrait d'hypophyse est un très bon remède mais qui ne doit être employé que dans des limites bien déterminées — j'ai entendu souvent des médecins, surtout à la campagne, se vanter d'employer la pituitrine pour tous les accouchements un peu lents, et cela même dès le moment où la dilatation atteignait un diamètre de 2 à 3 cc. Je proteste avec la dernière énergie contre ces procédés déplorables, suivis si souvent d'accidents auxquels on s'empresse d'attribuer un autre sens » (3).

Enfin, les auteurs américains Rucker et Haskell démontrent que le lobe postérieur entre les mains de médecins qualifiés, a été responsable d'un nombre considérable de rupture utérine et de « rupture utérine dans certains cas où toutes les indications pour l'emploi de l'extrait sont présentes » (4).

Le Dr Roulland a étudié récemment les indications particulières de l'hypophyse et de l'ergot de seigle, et, d'après cet auteur, l'une et l'autre de ces médications a sa valeur et sa place particulière en obstétrique.

(1) *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 10 mai 1924.
(2) *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*, page 289.
(3) *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, page 289.
(4) *Revue française de gynécologie et d'obsiétrique*, 10 février 1924.

Nous sommes d'ailleurs, à l'heure actuelle, mieux fixés sur la médication ergotée, grâce à l'apparition d'un nouvel alcaloïde, principe actif spécifique de l'ergot : le tartrate d'ergotamine cristallisé ou Gynergène. Ce corps nouveau agit d'une façon rapide, constante et serait même « le plus puissant des hémostatiques utérins » (Léon David) (1).

De Buman et le professeur Rossier ont insisté sur la valeur du gynergène utilisé contre l'inertie utérine (2) et cette action est reconnue rapide et énergique par la plupart des auteurs (professeurs Bustamante, Hamm, Louis Huguet).

L'action du gynergène est, en outre, plus durable que celle de l'hypophyse et sa toxicité est faible. Il y a entre les deux médicaments d'origine si dissemblable, une apparente analogie d'action, puisque tous les deux sont réservés à l'hémorragie et à l'inertie utérines, mais ces propriétés physiologiques se différencient quand on étudie en clinique les deux substances actives et l'on s'explique pourquoi le Gynergène retient actuellement l'attention des médecins.

Assurément, ce principe actif n'infirme pas les prescriptions de l'ergot sur l'utérus gravide. Mais il faut bien reconnaître que la médication ergotée trouve, grâce à lui, une précision nouvelle, et reprend dans la thérapeutique actuelle des hémorragies, la place importante que l'on avait trop tendance à oublier.

Dr N. F.

BIBLIOGRAPHIE

Madame Récamier et ses Amis, par Edouard Herriot. Un volume in-19 de la Collection Ecu : 10 fr. Payot, 106, Boulevard Saint Germain, Paris.

Les lecteurs curieux des choses du passé apprendront avec plaisir que ce célèbre ouvrage, depuis longtemps épuisé, est enfin réédité.

Madame Récamier et ses amis est un livre que les lettrés considèrent comme un véritable chef-d'œuvre, mais il sera, sous sa nouvelle forme, une révélation pour le grand public.

Autour d'une femme délicieuse, centre de tous les hommages, adulée plus que ne le fut aucune beauté de l'histoire, reine incontestée de l'élégance pendant toute sa vie et la plus aimable des femmes de tous les temps, M. Herriot a groupé et fait vivre, avec une aisance de composition et une magie de style inimitables, tout un groupe charmant et représentatif de l'élite intellectuelle et sociale de l'époque : Mme de Staël, Benjamin Constant, Chateaubriand, Ampère, Barante, Sainte-Beuve, le Prince Auguste de Prusse, les deux Montmorency, etc..., tous les amis de Madame Récamier.

Madame Récamier domina réellement de son charme la vie mondaine européenne depuis la Révolution et le Directoire jusqu'à la 2e République de 1848 en passant par l'Empire, les deux Restaurations et le règne de Louis-Philippe.

Toute cette période mouvementée, plus intellectuelle qu'artiste mais si raffinée par l'esprit qui règne en maître à travers les milieux sociaux et les régimes successifs, renaît d'une façon extraordinaire dans ces pages légères animées de tout l'amour que nourrit l'auteur pour une société délicieuse et si vivante.

Et ce n'est pas seulement la France, mais l'Europe d'il y a cent ans, tout le monde cosmopolite de l'Allemagne, de l'Angleterre, de l'Italie, qu'on voit ainsi apparaître et briller autour de la divine Juliette.

Au pays de Saint-François d'Assise, par Gabriel Faure. Collection « des Beaux-Pays », in-4°, 148 p., 180 héliogravures. Broché : 16 fr. J. Rey, éditeur. Grenoble. 1924.

Aucune contrée au monde ne réunit à la fois autant de beautés pittoresques, de chefs-d'œuvre de l'art et de grands souvenirs que la terre d'Ombrie.

A ces richesses, il fallait un cadre digne d'elles : la collection « Les Beaux-Pays », de présentation si soignée, malgré le prix de vente cependant très bas de chacun de ses volumes, convenait parfaitement. Tous les lettrés, tous ceux qui aiment la pure et délicate figure du « Povellero » seront heureux de posséder aussi magnifiquement illustrées, les pages célèbres, et, peut-on dire, déjà classiques, de l'auteur des *Heures d'Italie*.

(1) *Le Concours médical*, 4 mai 1924.
(2) *Congrès de Genève*, août 1923.

© BIU Santé

NOUVELLES (*Suite*)

Lille (hôpital militaire), 18 septembre : MM. Lucasse, Cuallaci, Dubois, Cabillaud, Veber.

Nancy (hôpital militaire), 20 septembre : MM. Beaudoin, Bernier, Carolus, Habert, Remy.

Strasbourg (hôpital militaire), 23 septembre : MM. Franceschini, Lantheaume, Cornu, Guinchard, Juhan, Lagrange, Olieu.

Tous les candidats seront présents dans les centres respectifs à 7 h. 45.

Les épreuves commenceront très exactement à 8 heures.

La présente publication tiendra lieu de convocation.

Aucune autorisation de changement de centre d'épreuves ne sera accordée.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat d'examen attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité, ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé, en cas de succès aux examens que sur la présentation du dit certificat avant le 15 novembre 1924 au plus tard.

(Section de pharmacie) :

Candidats concourant à quatre inscriptions : Tardy, Trazzini,

Candidats concourant comme sagiaires : Ballaloud, Barbotin, Borrot, Bouisset, Cariou. Coader, Coulbeaux, Couty, Dantec, Daurian, Deniel, Dreyfuss, Durand, Foujols, Frossard, Gyuader, Henau, Istin, Joyeux, Kerjean, Lambert, Larvor, Le Quérec, Merrien, Pillu, Queau, Serre, Soleil, Trenous, Vallée, Woltz.

Ces candidats subiront les épreuves orales et pratiques à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce), ceux concourant à quatre inscriptions le 8 septembre 1924, ceux concourant, comme stagiaires le 11 septembre 1924, à partir de 9 heures du matin.

Ils devront remettre au président du jury un certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé militaire, en cas de succès aux examens, que sur la production dudit certificat avant le 15 novembre 1924 au plus tard.

Nécrologie. — Dr Emile Piogey, de Paris. — Dr Charles Cauchoix, de Rouen. — Dr Noël, de Paris.



INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

VACCINS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode – Procédé RANQUE et SENEZ

Vaccin Anti-Staphylococcique I. O. D.
Traitement des affections dues au staphylocoque

Vaccin Pneumo-Strepto I. O. D.
Prévention et traitement des complications de la Grippe, des Fièvres éruptives, de la Pneumonie

Vaccins Anti-Typhoïdiques I. O. D.
Prévention et traitement de la F. Thyphoïde

Vaccin Anti-Streptococcique I. O. D.
Prévention de l'infection puerpérale, traitement des affections dues au streptocoque

Vaccins Polyvalents I. O. D.
Traitement des suppurations

VACCIN ANTI-MÉNINGOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-GONOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-MÉLITOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-DYSENTÉRIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-CHOLÉRIQUE I. O. D.

Pour Littérature et Échantillons :
Laboratoire Médical de Biologie
16, rue Dragon
MARSEILLE
R. C. Marseille 15.598-9

DÉPOSITAIRES :
Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris
HAMELIN, Pharmacien, 31, Rue Michelet, Alger.
J. CAMBE, 10, rue d'Angleterre, Tunis.
BONNET, 20, rue de la Drôme, Casablanca, Maroc.

RECALCIFICATION
TUBERCULOSE
RACHITISME
CROISSANCE
DENTITION
DIABÈTE

BIOCALCOSE
GRANULÉ organo-calcique

DOSES par jour
Enfants : 2 cuillerées à café
Adultes : 3 cuillerées à café

Labor^es Chevretin-Lematte, 5, r. Ballu, Paris
L. Lematte, Docteur en pharmacie, Succ^r
Registre du Commerce, Seine, N° 3576.

© BIU Santé

ANALYSES

La desigual dad pupilar, motivo de errores diagnosticos en tuberculosis y sifilis (L'inégalité pupillaire, cause d'erreur de diagnostic entre la tuberculose et la syphilis. (Cesar JUARROS, *Revista de hygiene y de tuberculosis*, **janvier** 1924.)

Une observation personnelle se rapporte à un cas où l'inégalité pupillaire, attribuée à une syphilis ignorée, relevait uniquement d'une lésion pulmonaire. L'A. rappelle que ce symptôme est très fréquent dans la tuberculose et ne doit pas être rattaché systématiquement à la syphilis. J. LAFONT.

Le traitement nasal de la coqueluche. (H. BIGO, *Soc. méd.-chir. de l'Indochine*, 4 décembre 1923.)

A l'occasion d'une récente éclosion de coqueluche l'A. a systématiquement essayé la thérapeutique suivante, persuadé que l'infection des voies respiratoires supérieures était le point de départ du réflexe des quintes.

On faisait toutes les 1/2 heures une instillation de solution de protargol au 5e dans chaque narine sauf pendant le sommeil : suppression de toutes potions, sauf quelques gouttes de sirop d'éther dilué dans un peu d'eau à prendre par petites gorgées après une quinte un peu violente.

Dans les cas les plus aigus de cinq à vingt gouttes d'aethone suivant l'âge du malade en une fois vers 8 ou 9 heures du soir.

Avec ce traitement simple, l'A a vu régulièrement le nombre des quintes passer en 2 ou 3 jours au maximum de 35 par jour à 7 ou 8 et en une huitaine à une ou deux.

Il faut à ce moment continuer le traitement jusqu'à l'extinction complète de la toux, sinon les quintes reprennent dès le lendemain de la cessation du traitement.

La méthode a été expérimentée à diverses époques de la maladie soit dès le début, soit après une ou deux semaines, les résultats ont été constants.

Dès 1887, MICHEL, de Hambourg, avait considéré la coqueluche comme une maladie dont la localisation primitive se fait au niveau de la muqueuse nasale.

Cet auteur pulvérisait des poudres antiseptiques et obtenait des résultats intéressants dans 75 % des cas, la guérison étant obtenue en deux ou trois jours, dans 7 % des observations.

D'autres auteurs ont également obtenu des résultats parfaits surprenants, mais inconstants, avec cette méthode.

Trousseau utilisant les propriétés antitoxiques des lipoïdes spléniques a eu des résultats analogues par l'introduction dans les narines d'une pommade contenant ces produits.

Les essais effectués en clientèle par l'A. ont été faits en milieu épidémique.

Ainsi est éliminée la confusion possible entre la coqueluche et les congestions adénoïdiennes.

« En conclusion, ajoute l'A., nous n'allons pas jusqu'à dire, comme MICHAEL, que la coqueluche est une maladie à localisation nasale primitive, mais comme nous arrivons dans la généralité des cas à faire disparaître les quintes dans un temps très court par un traitement nasal, nous pouvons tout au moins penser que dans la physiologie pathologique de la quinte, l'irritation de la branche interne du laryngé supérieur ou des filets trachéobronchiques du vague est produite par réflexe d'origine nasale. » (*Voir la suite page* 712.)

TONIQUE REMINÉRALISATEUR SANS ALCOOL
EXTRAIT DE CÉRÉALES (VITAMINES) ADRIAN
ADULTES 4 Cuillerées à soupe par jour.
ENFANTS 4 » à dessert »
LIQUIDE ou GRANULÉ
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LYMPHATISME — ANÉMIE
MALADIES DE NUTRITION AIGUES OU CHRONIQUES
9, Rue de la Perle, PARIS.

Comprimés à 0gr50
FORMINE-ADRIAN
SYNONYMES :
Héxaméthylène-Tétramine, Urotropine, etc.
le MEILLEUR ANTISEPTIQUE des VOIES URINAIRES, BILIAIRES et INTESTINALES
Produit créé dès 1894 dans les laboratoires de la Maison ADRIAN et Cie et depuis imité par les Allemands sous divers noms.
Voir : Formulaire des Nouveaux Remèdes 13e Edition, page 76.
Sté FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN et Cie, 9, rue de la Perle, Paris

PRODUITS ADRIAN
9
Rue de la Perle
PARIS
R. C. Seine 43 907

TUBERCULOSE PULMONAIRE — EMPHYSEME — ECZEMA — PALUDISME
Traitement spécifique et abortif de la SYPHILIS
ARRHÉNAL ADRIAN
Gouttes dosées à 2 milligr.... 10 à 20 par jour (en deux fois).
Ampoules — 50 — .... 1 à 2 —
Granules — 1 centigr. . 1 à 3 —
9, rue de la Perle PARIS

SULFURINE BAIN SULFUREUX
LANGLEBERT SANS ODEUR
Hygiénique, Fortifiant, Antirhumatismal
Agent puissant contre l'Obésité.

SOUPLESSE et BEAUTÉ de la PEAU
Peut être pris chez soi, sans baignoire spéciale.
VENTE : *Dans toutes Pharmacies.* — Prix : 1 fr. 25.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES
En ampoules de 15 - 30 - 60 grammes.
CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie.
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

POUDRES DE BIFTECK ET DE VIANDE ADRIAN
Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nutrition et sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
En boîtes de 125, 250, 500 grammes et 1 kilogramme :
Flacon et 1/2 Flac. SUC DE VIANDE ADRIAN 9, rue Perle PARIS
Une cuillère à bouche équivaut à 125 grammes de viande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Action leucopédétique de la section des nerfs vagues

Par M. LOEPER et G. MARCHAL.

Le système nerveux exerce une influence indiscutable sur la leucopédèse gastrique et les variations de cette leucopédèse semblent parfois s'expliquer par les variations du tonus vago-sympathique.

Les vagotoniques qui font déjà, au dire de M. Claude, des leucocytoses digestives plus discrètes que les sympathicotoniques, présentent en général aussi des leucopédèses assez faibles.

Les sujets dont le réflexe oculo-cardiaque est exagéré font des leucopédèses souvent moins élevées que ceux dont le R. O. C. est atténué ou nul.

Il existe un certain parallélisme entre l'excitation du vague, si fréquente dans les ulcères de l'estomac et surtout les ulcères de la petite courbure, et l'abaissement de la leucopédèse.

Les médicaments qui inhibent le vague, comme l'atropine, se montrent de puissants leucopédétiques ; ceux qui l'excitent au contraire diminuent la leucopédèse.

Et ceux qui rompent l'équilibre au profit du pneumogastrique comme l'ésérine, sont des inhibiteurs de la leucocytose.,

Pour démontrer de façon indiscutable cette action du système vago-sympathique et pour en préciser le sens, on ne peut se contenter d'hypothèses cliniques ou de constats thérapeutiques. Aussi avons-nous voulu étudier l'influence sur la leucopédèse gastrique de *la section du pneumogastrique*.

Nous avons pris un chien à jeun, nous lui avons fait absorber 125 cc. de bouillon peptoné. Nous l'avons anesthésié par injection veineuse de 15 cmc. de solution de chloral-morphine et avons prélevé le liquide gastrique de demi-heure en demi-heure par ponction directe de l'estomac.

La leucopédèse fut de 448 leucocytes à la première demi-heure de 752 après 1 heure, de 1272 après une heure 1/2.

Le lendemain, dans les mêmes conditions d'anesthésie, nous avons introduit le même liquide et nous avons sectionné les deux pneumogastriques au cou.

La leucopédèse s'accrut alors dans des proportions inusitées : de 1844 leucocytes par millimètre cube, elle s'éleva à 8.356 dès la première heure, et à 6.736 encore après 90 minutes. Le pourcentage de polynucléaires restait à peu près le même : 72 à 78 %.

Cet accroissement de la leucopédèse est d'autant plus frappant que la sécrétion ne subit que des variations insignifiantes, au moins à ce moment.

La suppression des deux nerfs vagues au cou entraîne donc une leucopédèse cinq à six fois plus considérable que la normale. Et le rôle inhibiteur du pneumo-gastrique apparaît certain dans notre expérience.

Aussi peut-on conclure que l'afflux de leucocytes dans l'estomac au cours de la digestion dépend en partie de la rupture aux dépens du vague de l'équilibre vago-sympathique.

Leucopédèse gastrique et intoxication alimentaire

Par M. LOEPER et G. MARCHAL

Nous avons à plusieurs reprises avancé que la leucopédèse gastrique pouvait accroître la défense de l'estomac et de l'organisme contre les intoxications alimentaires et médicamenteuses et que l'absence de cette leucopédèse chez certains sujets favorisait les troubles toxiques comme son accroissement chez d'autres les pouvait prévenir (1).

Cette hypothèse peut être aisément vérifiée.

Deux substances nous sont, en effet, apparues comme susceptibles d'agir puissamment sur la lencopédèse : l'atropine et l'ésérine ; la première, qui l'excite notablement, la seconde, qui la paralyse de façon constante.

Il est donc facile de rechercher, chez des sujets prédisposés aux réactions toxiques cutanées ou générales, si l'adjonction de la première au repas supposé nocif peut enrayer ou diminuer les accidents, tandis que l'adjonction de la seconde faciliterait leur apparition ou en accroîtrait l'importance. Nous avons choisi deux sujets chez qui l'absorption d'un peu de poisson, voire de bouillon de poisson, faisait immanquablement apparaître une éruption ortiée et même un érythème bulleux. Nous avons ajouté de l'atropine au repas de l'un d'eux, de l'ésérine au repas de l'autre. Le premier ne fit aucune réaction avec le bouillon qui s'était jusque-là montré toxique, le second au contraire fit une éruption considérable dans les 20 heures qui suivirent l'ingestion.

Un troisième malade qui ne faisait plus de réaction cutanée avec le bouillon de poisson, en fit de nouveau lorsqu'on lui administra concurremment de l'Ésérine.

Or, chez le premier, la leucopédèse fut accrue par l'atropine, chez les deux autres, par contre, elle fut notablement diminuée par l'ésérine.

	minutes	15	30	60	120
S. d'atropine 1 milligr.	avant éruption	1108	668	984	1496
	Après pas d'éruption	872	2803	2 280	1872
Salicylate d'ésérine 1/2 milligr.	avant pas d'éruption	296	725	2820	1575
	après éruption.	132	600	1492	1580

Nous ne croyons pas que l'on puisse faire jouer un rôle important aux variations de la sécrétion qui évolue, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans un sens opposé ; s'accroissant avec l'ésérine et diminuant avec l'atropine. Et le rôle du système nerveux, si réel qu'il soit, ne doit pas non plus être exagéré.

La leucopédèse nous apparaît comme l'élément prédominant, quel que soit le mécanisme de sa production. En effet, un résultat semblable à celui que donne l'atropine est obtenu avec le sucre. Le sucre est donc, lui aussi, un puissant leucopédétique et il n'agit pas spécialement sur le système nerveux.

Nous avons donné à un de nos malades sujet aux éruptions du poisson un mélange de sirop de sucre et de bouillon de poisson. L'éruption n'a point paru.

minutes	15	30	60	120	
Avant le sucre	584	1936	972	1728	éruption
Après le sucre	540	3428	608	1724	pas d'éruption.

(1) M. Loeper et G. Marchal. — *Bulletin de la Soc. Méd. des hôpitaux*, juillet 1923.

© BIU Santé

Nous croyons pouvoir donner les trois conclusions suivantes :

1° La toxicité pour l'organisme d'un produit alimentaire est, en général, inversement proportionnelle à son action leucopédétique.

2° Cette toxicité peut être atténuée par l'accroissement artificiel de la leucopédèse, comme elle peut être exagérée au contraire par sa diminution.

3° C'est parce qu'ils sont de puissants leucopédétiques que l'atropine et le sucre se montrent antitoxiques : c'est parce qu'elle est inhibitrice que l'ésérine favorise ou accroît l'intoxication.

L'asthénie et la neurasthénie de Beard

Par **R. BENON**,
Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Généralités sur la neurasthénie de Beard. — Le syndrome asthénie : asthénie psychique et asthénie musculaire. — La neurasthénie de Beard : circonstances étiologiques, début, période d'état, thérapeutique, complications. — Hygiène mentale.*

On ne parle plus guère aujourd'hui de la neurasthénie de Beard comme maladie, et, pourtant, elle paraît bien être une maladie véritable. Cette neurasthénie de Beard, neurasthénie vraie, neurasthénie par surmenage physique ou intellectuel (le surmenage émotionnel doit être mis à part), on la confond avec les syndromes asthéniques de causes les plus variées. Et puis encore on appelle aujourd'hui neurasthénie : les obsessions-phobies, l'hypocondrie minor, le délire hypocondriaque, la mélancolie, l'hyperémotivité constitutionnelle, la folie elle-même.

Beard a eu le tort, soit spontanément, soit sous la pression des objections qui lui étaient adressées, d'incorporer les obsessions-phobies à la neurasthénie. Ce sont là deux catégories de malades totalement différentes ; les obsédés (ou psychasthéniques de Janet) sont des dysthymiques avec phénomènes hypoesthéniques tout à fait accessoires, cependant que les neurasthéniques sont essentiellement des dysthéniques.

Ce que Beard a parfaitement vu, c'est l'influence du surmenage, physique ou intellectuel, sur le sujet (1). Ce surmenage engendre des modifications organiques, à préciser biologiquement, et c'est à l'occasion de ces modifications organiques, ou directement à cause d'elles, que, petit à petit, progressivement, se développent les phénomènes d'asthénie mentale et somatique. En fait, comme il arrive tant de fois en médecine, ce sont les circonstances étiologiques de la maladie qui sont spéciales et non pas les symptômes constatés. Une belle étude neuro-biologique, clinique et expérimentale, serait à refaire sur la fatigue et l'épuisement nerveux consécutif.

Nous décrirons d'abord le syndrome asthénique, d'un point de vue général, puis la maladie de Beard qui est l'asthénie par surmenage.

Le syndrome asthénie. — L'asthénie (ou la dépression) est caractérisée fondamentalement par deux symptômes : l'un, d'ordre neuro-musculaire, l'amyosthénie, l'autre, d'ordre intellectuel, l'anidéation.

L'amyosthénie (*asthénie musculaire*) traduit la diminution de l'activité motrice. Le malade, dont le jugement est conservé, use d'expressions nombreuses pour expliquer ce qu'il ressent. C'est un sentiment de mal être ou de lourdeur du corps ; c'est une sensation (ou un sentiment) de faiblesse générale ; c'est un état d'abattement ou d'anéantissement, un manque de force, de volonté, d'énergie, de courage (aboulie par diminution de la force musculaire) ; par suite, c'est un manque de goût à l'ouvrage, etc. Lorsque le malade connaît mal le sens des mots, il peut accuser de la fatigue, de la lassitude, de la courbature. L'asthénie diffère de la fatigue : tout asthénique se fatigue très vite, musculairement et mentalement ; ici, la fatigabilité est donc sous la dépendance étroite de l'asthénie et, partant, c'est un symptôme secondaire. On peut être un sujet fatigable sans être un asthénique.

L'asthénie atteint tous les muscles, les muscles lisses comme les muscles striés. L'asthénie gastro-intestinale se manifeste sous la forme de dyspepsie (digestions pénibles) et de constipation. L'asthénie cardiaque entraîne soit la bradycardie, soit la tachycardie (pouls rapide, mais faible).

L'asthénie musculaire, dans la forme grave de l'asthénie, c'est-à-dire dans la stupeur, entraîne un état d'immobilité, de torpeur, d'inertie complète avec mutisme. Le regard pourtant reste vif, profond. Le gâtisme ne fait pas toujours défaut dans les formes pures du syndrome asthénie.

L'anidéation (*asthénie mentale*) traduit la diminution de l'activité psychique. Elle est caractérisée par le ralentissement des processus intellectuels avec difficulté de la rémémoration. L'association des idées est difficultueuse. Le malade a de la peine à fixer son attention (aprosexie, a, privatif, prosekein, être attentif à). L'évocation, la localisation des souvenirs est, parfois, totalement impossible : cette amnésie de reproduction est un phénomène très typique. Le patient accuse de la confusion dans les idées, un état d'obnubilation intellectuelle, un sentiment de vide dans l'esprit ou dans la tête, ou encore un état chaotique de ses facultés cérébrales. Il explique que ses idées sont embrouillées, obscures, embarrassées, absentes. Il ne peut se représenter exactement son travail, diriger ses affaires, etc. La lecture, le calcul, l'écriture, sont difficiles ou impossibles : la fatigue intellectuelle vient rapidement, au moindre effort. Les troubles de la reconnaissance, de l'orientation, sont inexistants ; s'ils se produisent parfois, ils sont en relation avec la difficulté de la rémémoration et non point avec des altérations des perceptions (l'asthénie peut cependant, exceptionnellement, se compliquer d'épisodes confusionnels, c'est-dire de troubles des perceptions et de la reconnaissance).

Dans l'asthénie-stupeur, la pensée est nulle ou à peu près ; le malade voit, entend et conserve des souvenirs (on le constate après la guérison) ; il ne peut parler ni remuer ; il n'a pas la force d'émettre des sons ou des mots, ni de faire un mouvement ; ou bien tout cela : paroles et gestes, se fait avec une extrême lenteur.

Les autres symptômes de l'asthénie, dans la forme moyenne, sont la céphalée, la rachialgie, l'insomnie, l'as-

(1) BEARD (G. M.). — Neurasthénie ou épuisement nerveux. *Boston med. et chir.*, 1869, 217-221, t. LXX : — 2. Quelques symptômes d'épuisement nerveux. *Virginia, M. Month-Richmond*, 1878, 161, 185, t. V. ; — 3. Neurasthénie (épuisement nerveux) en tant que cause de l'ivresse. *Quart. J. Inebr., Hartford*, 1878-9, 193, 201, t. III ; — 4. Autres symptômes de la neurasthénie (épuisement nerveux). *Journ. des mal. nerv. Chicago*, 1879, 246-261, t. VI ; — 5. Cas de neurasthénie (épuisement nerveux) avec remarques sur le traitement. *Saint-Louis, Journ. de méd. et de chir.*, 1879, 22?-250, t. XXXVI ; — 6. Nature et diagnostic de la neurasthénie (épuisement nerveux) *New-York, M. J.*, 1879, 225-251, t. XXIX ; — 7. Epuisement nerveux (neurasthénie), avec cas de neurasthénie sexuelle. *Maryland, M. J. Balt.*, 1880, 289-297, t. VI ; — 8. Les symptômes de l'épuisement sexuel (neurasthénie sexuelle). *Indépend. Pract. Balt.* 1880, 221-271 t. I ; — 9. Les séquelles de la neurasthénie, *Alien. and neurol., Saint-Louis*, 1880, 18-29, t. I ; — 10. *Traité pratique de l'épuisement nerveux (neurasthénie) ; symptômes, nature, séquelles, traitement.* New-York, édit. 1880, 1888, 1890.

© BIU Santé

thénie génitale, les bourdonnements d'oreilles, les troubles subjectifs de la vue (lesquels seraient des phénomènes d'asthénie rétinienne ou des phénomènes d'asthénopie-accommodative), etc. Dans la forme asthénie-stupeur, ces divers symptômes sont au second plan, sauf l'insomnie.

Les troubles de l'émotivité (énervement, inquiétude, chagrin) compliquent assez souvent l'asthénie dans sa forme moyenne ; ils manquent dans l'asthénie-stupeur. Les idées ou les tendances au suicide sont très fréquentes chez les malades asthéniques.

La neurasthénie de Beard. — La neurasthénie de Beard ne représente en pathologie mentale et nerveuse qu'un petit chapitre du vaste syndrome asthénique, mais c'est un chapitre du plus haut intérêt au point de vue individuel et social.

D'abord les conditions ou circonstances étiologiques sont ici toujours les mêmes : il s'agit, essentiellement, chez le sujet, qu'il soit jeune ou adulte, de surmenage physique ou intellectuel ; son état émotionnel est accessoire ; dans les cas nets, il est parfaitement et manifestement négligeable. Par exemple, une mère consacre tout son temps, ses jours et ses nuits à soigner son enfant, atteint de dothiénentérie ; elle accomplit sa tâche avec un dévouement sans borne ; elle veut sauver son fils et elle doit le sauver ; elle n'est pas anxieuse, parce qu'elle croit à la guérison, grâce à des soins attentifs et personnels. Puis, vers la troisième semaine, alors que le petit malade est hors de danger, elle commence à accuser des symptômes d'asthénie générale, qui vont augmenter petit à petit, et durer des mois, sinon des années. Le surmenage chez un étudiant, chez un artiste, chez un industriel, chez un ouvrier, chez un paysan, chez un commerçant, chez un soldat au front ou à l'arrière, etc., est susceptible de produire la même maladie.

Le début de l'asthénie (ou dépression), dans la maladie de Beard, on le conçoit, n'est jamais brusque, comme dans la dépression périodique ; il ne peut pas en effet être brusque, il ne peut être que lent. L'asthénie, secondaire au surmenage, apparaît et grandit petit à petit, progressivement, en plusieurs semaines, en plusieurs mois : l'analyse psycho-clinique est toujours positive sur ce point.

A la période d'état, quand le spécialiste examine le malade, l'asthénie est souvent voilée soit par la céphalée ou la rachialgie, à caractères paroxystiques, soit par l'insomnie, particulièrement rebelle, soit par les phénomènes de dyspepsie et de constipation, soit par l'anxiété continuelle, l'énervement et l'irritabilité extrêmes, etc. L'acuité de ces signes entraîne l'erreur de diagnostic. Cela explique qu'un neurasthénique vrai, si pur qu'il soit, peut passer des mains d'un gastrothérapeute à celles d'un aliéniste.

L'amélioration du sujet par le repos et une alimentation rationnelle est remarquable. La céphalée, la rachialgie, les troubles gastro-intestinaux s'atténuent assez rapidement. L'insomnie persiste plus longtemps.

Une fois la neurasthénie constituée, elle peut guérir ou devenir chronique. Elle peut aussi se compliquer des affections mentales les plus variées : c'est dire que la première affection est remplacée par une autre ordinairement plus grave. Ainsi on peut voir se développer à la suite de la neurasthénie : le délire hypocondriaque, la manie, la psychose périodique, la démence précoce, etc.

En résumé, l'asthénie (ou la dépression) est un syndrome à étiologie multiple. Si elle est manifeste dans la neurasthénie par surmenage, c'est-à-dire dans la neurasthénie de Beard, si ses caractères d'ordre mental et d'ordre musculaire y sont particulièrement précis, elle ne doit pourtant pas être confondue avec la maladie de Beard. Au point de vue de l'hygiène mentale et de la prophylaxie sociale, civile et militaire, qu'il s'agisse d'écoliers, de soldats, de manuels ou d'intellectuels, l'importance de la notion de cette affection est considérable.

FAITS CLINIQUES

Mal de Pott du vieillard à symptomatologie médiastinale (abcès par congestion) : parésie spasmodique. Spondylose vertébrale associée

Par

H. ROGER et **HUGUET**

professeur de clinique neurologique de l'Ecole de Médecine de Marseille

radiologiste adjoint des hôpitaux

Nous avons eu l'occasion à diverses reprises d'étudier, l'un, divers cas de paralysie spasmodique par mal de Pott de l'adulte souvent insoupçonné et d'insister sur la fréquente difficulté de pareils diagnostics, l'autre des radiographies curieuses de lésions médiastinales (en particulier néoplasiques).

Notre collaboration d'aujourd'hui est pour rapporter une observation de mal de Pott dorsal du vieillard qui, outre des douleurs thoraciques, s'était surtout manifesté récemment par des crises de toux quinteuses spasmodiques ; la radiographie montra un abcès médiastinal (1).

M. Ey... 63 ans, ancien employé d'octroi à Aix, est adressé à l'un de nous le 29 janvier 1924 par son médecin traitant pour un syndrome constitué par des douleurs intercostales datant de quelques mois et par une toux quinteuse, opiniâtre, plus récente.

Nous ne retrouvons dans les ANTÉCÉDENTS de M. Ey... rien d'important à signaler. Il a eu deux enfants, qui sont en bonne santé, sa femme n'a eu qu'une fausse couche au deuxième mois d'une grossesse. Il n'a pas eu de syphilis : il n'est pas tousseur habituel, ne paraît pas avoir commis d'excès éthyliques.

LE DÉBUT de ses troubles remonte au mois de juillet 1923 : *douleur thoracique droite* siégeant sur la ligne axillaire à mi-hauteur du thorax, parfois avec irradiations antérieures, sans symptômes respiratoires subjectifs ou objectifs, douleur particulièrement vive et tenace ; en septembre, *douleur à peu près symétrique du côté gauche* également violente, mais qui disparaît après un traitement électrique.

En décembre, alors que l'algie latérale droite était moins accusée, apparition d'une sensation très pénible, mais tout à fait différente, de *constriction thoracique antérieure* siégeant à la partie supérieure et moyenne de la région rétrosternale, un peu plus à droite qu'à gauche. Cette algie s'accompagne, en janvier 1924, d'une *toux sèche*, fréquente surtout, intense le soir dans le décubitus, qui, depuis une dizaine de jours, a pris le caractère de quintes très accentuées sans dyspnée asthmiforme, empêchant tout sommeil et qui nécessite des injections de sédol.

Interrogé, le malade accuse également une douleur interscapulaire légère, et depuis quelques jours un peu de parésie des membres inférieurs prédominant à gauche avec dysurie et constipation, tous symptômes sur lesquels il n'attirait pas spontanément l'attention.

Il n'a pas de dyspnée d'effort, ni de tachycardie. Il n'accuse

(1) Les radiographies ont été présentées au Comité médical des Bouches-du-Rhône, février 1924.

© BIU Santé

pas de troubles digestifs, sauf l'anorexie qui a été très accentuée, mais qui actuellement est moins accusée. Il ne prend pas régulièrement sa température, mais n'a pas de phénomènes fébriles nets. Il a considérablement maigri : habituellement 83 kilos, en décembre 75, actuellement 71 kilos.

A L'EXAMEN qui porte d'abord sur le *thorax*, nous ne trouvons pas, au niveau des régions latérales droite et gauche indiquées comme siège des algies antérieures, de point douloureux particulier, ni d'anesthésie en bande, pas plus que de signes de lésion pleuro-pulmonaire sous-jacente.

L'examen de la région médiane parasternale ne décèle pas de signes d'auscultation précis, ni pulmonaires, ni aortiques. Il n'y a pas de centre de battements, de surélévation ni de souffle aortiques : les bruits du cœur sont bien frappés, réguliers. La tension artérielle 19-10 (au Pachon) n'est guère plus élevée que chez beaucoup d'hommes de cet âge.

Pas de souffle interscapulaire. Il y a seulement une respiration très rude avec expiration prolongée du sommet droit surtout en avant ; cette rudesse respiratoire s'étend d'ailleurs, mais à un moindre degré, sur toute l'étendue du poumon droit.

L'examen thoracique ne donne pas la clef de cette toux si quinteuse.

Du côté du *système nerveux*, nous trouvons une parésie spasmodique non douteuse des membres inférieurs avec réflexes rotuliens très vifs, clonus du pied (très intense à gauche, ébauché à droite), signe de Babinski net à droite.

La coexistence d'une hypoesthésie à la piqûre des membres inférieurs et du tronc remontant jusqu'au niveau du mamelon en avant du bord inférieur de l'omoplate en arrière, fait penser à une *compression médullaire*.

L'exploration minutieuse de la colonne vertébrale révèle une légère cyphose dorsale non angulaire. Les divers mouvements de flexion, d'extension, sont indolores et sans accentuation de la légère rigidité dorsale. La pression vive et brusque sur les épaules, sur la tête rigide ne provoque pas de douleur dorsale, pas plus que la percussion des apophyses épineuses avec le marteau à réflexes. Il faut une mobilisation latérale énergique et plusieurs fois répétée des apophyses épineuses pour provoquer une légère douleur correspondante à D^5. La pression énergique et prolongée, avec le talon de la main, de cette même apophyse épineuse dans le decubitus ventral, réveille par contre une douleur très nette de cette vertèbre.

L'exploration des membres supérieurs, de la face et des yeux ne montre rien d'anormal.

Cet examen clinique nous conduit au diagnostic de *lésion osseuse de D^5*, avec d'abord compression radiculaire (d'où les douleurs thoraciques initiales intercostales), plus tard compression médullaire (parésie spasmodique avec hypoesthésie remontant au mamelon). Comme il n'existe pas de tumeur primitive appréciable (pas de troubles digestifs, prostatiques ou rénaux), le néoplasme vertébral est peu vraisemblable : celui-ci est habituellement plus douloureux. Par élimination nous pensons à un mal de Pott.

Mais une telle lésion vertébrale expliquerait mal la douleur constrictive de la partie antérieure du thorax et la toux quinteuse, si épuisante, à moins qu'on ne les rattache à une évolution anormale d'une lésion du sommet.

La collaboration radiologique devait, en confirmant l'existence de la tuberculose vertébrale, nous donner en outre l'explication de cette symptomatologie respiratoire.

L'*examen radioscopique* et la radiographie de l'ensemble du thorax en vue antérieure, pratiqués les premiers, montrent une ombre médiastinale volumineuse, qui, à première vue, donne l'impression d'une tumeur du médiastin.

Tandis qu'à *gauche* l'ombre cardio-vertébrale présente un contour non modifié, avec l'arc supérieur aortique, l'arc moyen et l'arc inférieur normaux ; à *droite*, l'ombre du tronc veineux brachio-céphalique droit et de la veine cave supérieure est débordée de deux doigts par une masse à opacité aortique, à contours externes d'apparence bilobée, remontant en haut jusqu'au bord supérieur de la clavicule, descendant en bas jusqu'à la partie supérieure de l'oreillette droite, se confondant en dedans avec l'opacité vertébrale, tranchant en dehors sur la clarté pulmonaire par une ligne assez nette bicyclique. Cette ombre assez peu homogène se continue à sa partie inférieure au niveau du pédoncule par un faisceau d'ombres oblique en bas et en dehors qui paraît suivre les gros vaisseaux et bronches du lobe inférieur et se termine en s'estompant peu à peu.

Pareille *lésion médiastinale* expliquait suffisamment par l'irritation du pneumogastrique la toux quinteuse. Quelle était sa nature ? Une masse néoplasique pouvait avoir érodé les vertèbres et provoqué une compression médullaire.

A la réflexion cependant, il était étonnant que les douleurs en ceinture thoracique fussent les premiers symptômes et que le syndrome respiratoire fût tardif, si cette masse était un néoplasme du médiastin ayant secondairement atteint la moelle.

Pour serrer de plus près le diagnostic, on pratique une radio du thorax en oblique et une radio nettement centrée sur la colonne vertébrale.

La radio en *oblique postérieure gauche* montre :

1) Entre D^5 et D^6 une angulation très nette de la ligne des corps vertébraux.

2) Une masse demi-opaque, peu homogène, à contours arrondis irrégulièrement, qui occupe l'espace clair inter-cardio-vertébral, s'avançant en avant jusqu'à l'ombre de l'omoplate et celle du cœur, remontant en haut jusque sous l'ombre claviculaire et descendant en bas jusqu'à l'opacité hépato-diaphragmatique. A l'intérieur de cette masse s'allonge une mince bande plus opaque bordant la face antérieure des corps vertébraux de D^5 à la clavicule.

Dans la radio *localisée de la colonne dorsale vue postérieure*, on remarque :

1) La double bordure d'ombres qui engainent de chaque côté les corps vertébraux, l'intérieure plus dense, débordant d'un centimètre environ, l'extérieure plus légère, peu large en haut, s'effilant dans le bas.

2) *Un tassement* entre D^5 et D^6, avec disparition presque complète du disque inter-vertébral.

3) *Des ostéophytes volumineux* formant pont entre deux vertèbres voisines à partir de D^6 et donnant à toute la partie inférieure de la colonne dorsale un véritable aspect de colonne torse.

Pareilles images ne correspondent pas à l'aspect d'un néoplasme médiastinal ayant érodé les vertèbres, encore moins à celui d'un néoplasme secondaire du rachis.

La coudure angulaire, le tassement vertébral avec disparition de l'interligne articulaire sont la signature du *mal de Pott* et l'ombre médiastinale doit être interprétée comme celle d'un *abcès par congestion*.

A noter en outre l'image radiographique des ostéophytes vertébraux, nettement visibles sur la partie inférieure de la colonne dorsale, qui permettent de porter le diagnostic de *spondylite vertébrale*.

Il s'agit donc bien, comme le résume le titre de notre communication :

1) D'un mal de Pott du vieillard ;
2) Avec abcès médiastinal ;
3) Et coexistence d'une spondylose vertébrale.

Ces trois particularités méritent d'être soulignées.

Le MAL DE POTT DU VIEILLARD a été considéré par certains auteurs comme si exceptionnel, que l'un d'eux, Mouchet, a pu écrire : « passé 60 ans, le mal de Pott ne s'observe plus. » Widal en avait cependant, dès 1898, publié 10 observations personnelles, auxquelles sont venues s'ajouter bien d'autres. La proportion d'adultes âgés ou de vieillards pottiques paraît aller plutôt en croissant, à mesure qu'on sait mieux distinguer cette maladie.

Sur 15 Pott de l'adulte, Alquier en trouve 5 après 50 ans et 2 à 70 et 73 ans. Lance, dans sa belle monographie récente sur la tuberculose vertébrale, a recueilli en 5 années 4 cas après l'âge de 65 ans.

L'un de nous a observé en 3 ans 3 cas certains de mal de Pott chez des gens âgés et deux très probables, qui

© BIU Santé

seront récemment réunis dans la thèse de son élève Rippert (Montpellier, 1924).

Vedel, Giraud et Siméon viennent coup sur coup d'en publier deux cas à la *Société des Sciences Médicales de Montpellier* (24 novembre 1922 et 9 février 1923).

La *tuberculose vertébrale sénile* se caractérise assez habituellement par l'absence de gibbosité, le peu de douleur à la pression du rachis, la tendance à l'extension en surface des lésions, la terminaison par granulie. Nos cas étaient presque tous localisés à la région dorsale ; et il nous a semblé à la lecture de quelques observations récentes que ce siège, et en particulier celui de D^5 à D^6, était comparativement plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte.

Les *complications nerveuses*, douloureuses ou paralytiques, sont parfois révélatrices de la lésion osseuse, qui paraît débuter par une paraplégie.

L'un de nous a observé avec J. Reboul-Lachaux, chez un vieillard saturnin mort de méningite tuberculeuse, une carie vertébrale qui fut une surprise d'autopsie. Clément et Grosjean ont décrit dans leurs thèses (Lyon 1900-1901 et 1913-1914) cette forme latente.

A la *radiographie* de trois-quarts surtout où apparaît nettement un tassement de D^5-D^6 avec angulation assez vive, peut presque se superposer une radiographie, prise il y a quelques mois par notre collègue Astier chez une malade de l'un de nous. On y trouve sur la vue de profil la même angulation brusque de D^5, avec destruction de ce corps vertébral, avec disparition des ménisques sus et sous-jacents.

L'ABCÈS FROID MÉDIASTINAL n'est pas une rareté dans le mal de Pott. Mais il n'est assez souvent qu'une surprise radiographique, ne se traduisant par aucun syndrome clinique net.

Chez une jeune fille atteinte de Pott dorsal, Lance injecte un jour de l'eau oxygénée dans une fistule postérieure et n'est pas peu étonné de voir survenir une crise de suffocation avec expectoration mousseuse : un abcès médiastinal s'était subrepticement ouvert à la fois à l'extérieur et dans les bronches.

Chénieux, dans une thèse déjà ancienne, avait réuni 15 cas d'abcès médiastinal ouvert dans les bronches d'une façon parfois dramatique.

A l'autopsie d'un enfant de 19 mois pris brusquement d'une dyspnée intense et succombant dans l'asphyxie une heure après son arrivée à l'hôpital, Barbier et Arbeit (*Soc. de Ped.* 15 nov. 1921 et *Arch. de Méd. des Enf.*, 1922), découvrent une carie de D^5, un abcès médiastinal de la dimension d'une mandarine avec médiastinite englobant le pneumogastrique.

Pestalozza a signalé des cas se traduisant par des accès d'asthme. La symptomatologie à type de toux quinteuse, spasmodique, empêchant tout sommeil et nécessitant des injections de Sedol (toux pneumogastrique), accusée par notre malade, est plutôt rare.

L'aspect radiologique de notre cas, qui, au seul examen radioscopique, aurait pu en imposer pour une néoplasie médiastinale (1), est celui d'une ombre volumineuse, assez opaque et homogène, prédominant à droite, allant de la clavicule à la partie supérieure de l'oreillette et occupant tout l'espace intercardiovertébral.

Telles qu'elles ont été étudiées par Rœderer et Albert Weill, par Charrier dans sa thèse (Lyon, 1923), les ombres des abcès par congestion du médiastin (1) se profilent surtout dans le sens longitudinal, engainant la colonne vertébrale sous forme d'un fuseau allongé, parfois sous forme d'un entonnoir renversé, d'une grosse olive. Leur visibilité particulière, dont nous avons pu nous rendre compte dans un cas de mal de Pott dorsal récemment publié (2), est due non à leur calcification, mais au contraste qu'offre la transparence pulmonaire voisine.

La SPONDYLOSE VERTÉBRALE présente avec le mal de Pott des rapports qui peuvent être envisagés sous divers angles.

1) Une *spondylose localisée peut simuler cliniquement un mal de Pott.* Jaubert et Lance en ont publié des exemples (*Rev. de Chir.*, juillet-août 1919).

On sait d'ailleurs que certains rhumatismes vertébraux avec ostéophytes sans tassements vertébraux peuvent avoir une origine bacillaire.

Comme Jean et Coureaud viennent d'y insister récemment (*Journ. de Radiol. et Electrol.*, juin 1923, p. 259-266), il ne faut pas d'ailleurs se hâter, en présence d'images radiographiques rappelant la lombarthrie chez des individus à antécédents suspects, de parler de lombarthrie tuberculeuse : la marche de la maladie et de nouvelles radiographies, en révélant un tassement vertébral, pourront démontrer ultérieurement que ces ostéophytes n'étaient que la première manifestation d'une lésion pottique à évolution anormale.

2) *Les figures de spondylose peuvent se rencontrer au cours du mal de Pott dans le foyer même ou à son voisinage.*

a) Non seulement *dans les maux de Pott fistulisés* : réaction hyperostosante par infection secondaire, par ostéomyélite surajoutée.

b) Mais encore *dans les maux de Pott fermés.*

Il y a quelques années on croyait la tuberculose vertébrale susceptible seulement de produire des raréfactions osseuses, et incapable d'édifier de l'os nouveau (la tuberculose détruit, la syphilis détruit et construit).

Des observations récentes montrent des productions ostéophytiques dans le foyer pottique. Lance en publie un cas dans le mémoire précité. Cappette en rapporte 3 dans sa thèse, Campbell 4 dans son article du *Journ. Amer. Assoc.* (19 août 1916, p. 572). Japiot (*Soc. Nat. Méd. de Lyon*, 1er juin 1921) publie trois cas d'ostéophytose vertébrale accompagnée d'abcès par congestion. Andrieu et Youtchitch (de Berck) trouvent des jetées osseuses vertébrales à l'autopsie d'un mal de Pott dorsal (*Soc. Anat.*, février 1921, p. 116-120. L'un de nous a eu à 3 ou 4 reprises l'occasion de constater chez l'adulte des ostéophytes au voisinage d'un tassement vertébral.

Pour Cofield on rencontrerait pareille figure dans 10 % des cas de maux de Pott fermés de l'adulte (*The Journ. of bone or joint disease*, avril 1922, p. 332.)

Ces néoformations ont été signalées plus souvent chez les vieillards que chez les adultes jeunes.

3) Enfin on peut voir, comme dans notre cas, *à une distance assez éloignée du foyer pottique, des figures de spondylose à tendance généralisée.* Est-ce à dire que cette spondylose vertébrale (qu'on rencontre souvent sans cause

(1) Dans un cas de JAULIN et LIMOUZI (*Congrès de l'Assoc. Franç. pour l'avanc. des Sc.* 1922, 1re. *Journ. de Radiol.* p. 520-522), la radio montre un abcès médiastinal consécutif à un Pott de D^5-D^8 ; l'autopsie découvre en outre un anévrisme insoupçonné de l'aorte.

(1) PALLASSE et COSTE. — *Lyon Méd.*, 25 janvier 1921. — COMBOULÈS. *Arch. de Méd. et Pharm. Mil.*, mai 1921, page 487.

(2) H. ROGER, BIANCHI et DARCOURT. — Paraplégie pottique avec syndrome de Froin ; épreuves du lipiodol sus et sous-lésionnelles. *Com. Méd. B.-du-R.* 11 janvier 1924 et *Marseille médical*, 5 mars 1924, p. 291-305.

© BIU Santé

apparente et parfois sans grande symptomatologie chez des sujets âgés) doive être dans le cas présent considérée comme de nature bacillaire ? Le bacille tuberculeux et sa toxine ont-ils fait d'abord du rhumatisme vertébral, plus tard un foyer pottique ? Il serait bien délicat, en l'état actuel de nos connaissances, de conclure s'il existe entre les deux rapport de cause à effet ou une simple coïncidence.

ACTUALITÉS

Le déterminisme du sexe.

D'après un travail de KOLLMANN (1).

MAX KOLLMANN, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Rennes, vient de donner une très claire mise au point du déterminisme sexuel que nous allons résumer ici.

Première hypothèse : **Le sexe se détermine au cours du développement de l'œuf fécondé**. (Théorie de la métagamie.)

Preuves : Les expériences de BORN, YOUNG etc. sur des larves d'insectes et des têtards des batraciens, montrent qu'une riche alimentation de ce matériel augmente sensiblement le pourcentage des femelles.

Objection : 1° Les expériences de CUÉNOT et miss H. KING arrivent à des résultats exactement inverses.

2° La polyembryonie (fait qu'un même œuf donne plusieurs individus) aboutit à la production d'individus qui sont toujours tous du même sexe : donc le sexe est déjà fixé dans l'œuf.

Deuxième hypothèse : **Chaque ovule, avant fécondation, est prédestiné à un sexe déterminé** (théorie de la progamie.

Preuves: Certains acariens ont des ovules de deux sortes, les gros qui donnent invariablement des femelles et le petits qui donnent des mâles.

Objections : Les abeilles, les guêpes, les fourmis ont des œufs absolument semblables qui, fécondés parthénogénétiquement, donnent des femelles et, fécondés par spermatozoïdes, donnent des mâles.

Troisième hypothèse : **Les deux éléments sexuels ont chacun une tendance à déterminer le sexe ; ces tendances s'ajoutent algébriquement et se neutralisent, en sorte que le sexe définitif est celui de la tendance prédominante** (théorie de la syngamie.)

Preuves : 1° Les faits concernant les abeilles, précédemment énoncés, constituent une première preuve.

2° La découverte du chromosome accessoire constitue une seconde preuve.

Certains insectes, possèdent deux sortes de spermatozoïdes qui diffèrent par leur constitution nucléaire ; chez l'une d'elles, il existe un chromosome supplémentaire. Or, il a été démontré que ces deux espèces de spermatozoïdes conditionnaient des sexes différents. Ce chromosome sexuel n'est d'ailleurs pas présent dans toutes les espèces.

Conséquences : Il importe d'étudier ce qui fait varier les tendances sexuelles des cellules sexuelles.

1° « R. Hertwig et ses élèves ont montré que le retard à la fécondation et, par conséquent, un état de maturation avancé augmente chez les grenouilles la proportion des mâles. De même M. H. King a montré qu'une déshydratation partielle avait le même résultat ; il est, d'ailleurs, possible que ces deux phénomènes n'en fassent qu'un seul ».

Ce fait est à rapprocher de l'hypothèse de THURY : la fécondation, après la menstruation, donne surtout des mâles.

2° Chez le lapin, l'alimentation riche en lécithine, donne rait surtout des femelles.

3° L'insuffisance thyroïdienne produirait des mâles.

4° L'insuffisance surrénale de la mère donnerait surtout des femelles.

Objections : 1° Il a y des animaux qui changent de sexe au cours de leur vie. Les uns sont des hermaphrodites chez qui les éléments d'un sexe sont mûrs et épuisés avant ceux de l'autre, et ne rentrent pas dans notre sujet ; mais chez les autres, on produit par l'inanition la disparition du sexe initial avec retour à l'état d'indifférence sexuelle, puis leur bonne nourriture régénère la glande sexuelle, mais avec un sexe différent (1).

2° Les batraciens anoures passent au début du développement par une période d'intersexualité. D'abord un ovaire se développe, puis il prend sa structure définitive, ou bien il se transforme en testicule, notamment sous l'influence de la température : (basse, femelles ; élevée, mâles).

Il y aurait donc là métagamie, et nous voilà revenu à la première hypothèse.

Conclusions : **Le déterminisme sexuel varie suivant les espèces**. Nous ne connaissons pas le mode propre à l'espèce humaine.

Henri VIGNES.

(1) L'évolution des idées sur le déterminisme du sexe. *Bull. de la Société Scientifique de Bretagne*. 1924, tome I, fascic. I. p. 67.

MÉDECINE MILITAIRE

Médecine militaire et anarchie

Lettre ouverte à M. Henry SIMOND, Directeur-Rédacteur en chef de l'*Echo de Paris*.

Monsieur,

Je me trouvais récemment dans un milieu fort bien pensant où l'on vint à parler de l'*Echo de Paris*. Quelqu'un soutint avec verve que, sous les apparences du strict conservatisme, vôtre journal poursuivait des desseins anarchiques. Et comme le mot soviet était prononcé, notre homme de dire tranquillement « Je n'ai pas du tout parlé des *soviets*, qui dit *soviet* dit *ordre* et *discipline* ; l'anarchie est tout autre ; elle est différente et pire ».

L'accusation portée contre vous n'avait pas laissé que de provoquer quelque incertitude. On voulut bien demander mon avis. Je répondis que j'aimais les paradoxes lorsqu'ils sont brillamment exposés, et c'était le cas, que je ne m'occupais point de politique, ce qui est la vérité ; qu'au total la thèse, qu'elle fût justifiée où qu'elle ne le fût pas, me laissait très indifférent.

Je ne pensais plus à l'incident, lorsqu'à quelque temps de là, je reçus deux sortes de documents : l'un, un factum qui venait de Lyon, émanait d'une sorte de *soviet* au petit pied ; les autres c'étaient deux articles de l'*Echo de Paris* (2).

Après avoir lu toutes ces écritures, j'éprouvai un certain remords d'avoir traité de paradoxal l'esprit sagace qui avait jeté la consternation dans une partie du petit milieu fort bien pensant où je fréquente accidentellement en même temps que je m'aperçus que votre politique m'était moins indifférente que je l'imaginais.

Car, par l'effet peut-être d'une pure coïncidence les papiers qui m'étaient adressés n'étaient, sous des formes plus ou moins déguisées, l'un, le factum lyonnais dans le mode

(1) Voir les travaux de CHAMPY que j'ai analysés dans un précédent numéro.

(2) Numéros des 11 juin et 9 juillet 1924. En ce qui concerne le factum soviétique, voir l'article de notre Confrère René Cruchet, in *Journal de Médecine de Bordeaux* du 25 juin.

© BIU Santé

soviétique, les autres, les articles de l'*Echo de Paris*, dans l'intention proprement anarchique, que les instruments dangereux d'une même prepagande : il s'agissait de détruire la médecine militaire.

Or je suis médecin militaire.

Certes, entre un anarchiste formidable comme vous, entre l'homme de talent, entre l'esprit fertile en ressources, entre l'écrivain brillant rompu aux subtilités littéraires et politiques que vous êtes et le modeste Docteur que je suis, la lutte est trop inégale. Puis les armes sont trop différentes. Nous ne cherchons que la vérité et nous ne voudrions que vous convaincre. Bagatelles d'antan ! N'est-il pas plus expédient d'écraser la tête de l'adversaire quand on manie la massue et que l'on dispose de la Force, la Force, le dieu qui permet à qui a réussi à le domestiquer, d'écarter, d'opprimer, de réduire au silence — à la musique de quelques rondons humanitaires où patriotiques, raffinement de barbare — les faibles, les isolés les humbles....

Tant pis pour eux ! *Væ parvis* ! Le temps n'est plus où un Corneille pourrait écrire.

Mais j'aurai trop de force ayant assez de cœur.

Ou encore :

A qui venge sa Mère il n'est rien d'impossible.

Notre Mère la Médecine militaire, vous venez, sur son lit d'horribles souffrances, de la blesser grièvement, Monsieur, et, du même coup, vous avez blessé l'Armée.

Vous êtes un habile homme.

Car vous avez discerné clairement la faiblesse des méthodes anciennes de l'anarchie. Vouloir saborder l'Armée en prenant pour cible un chef respecté sous un prétexte quelconque, répandre des tracts parmi les recrues et leur murmurer : *haut les crosses*, tout cela et quelques autres gentillesses, c'est le petit jeu, c'est même le vieux jeu ; l'instrument est vétuste ; il a rendu ; il ne rend plus ou du moins il rend mal. Puis trop vite on voit poindre le bout des oreilles : le public s'amuse, le troupier s'esclaffe, les journalistes et les littérâtres explorent fébrilement leurs armoires à clichés et le monde continue d'aller comme devant.

Mais aux sons d'une musique guerrière ou tout au moins patriotique faire sauter les cadres de l'organisme responsable qu'est la médecine militaire, priver les chefs, c'est-à-dire, le *Capitaine*, le *Colonel*, le *Général* de son agent de surveillance médicale, de récupération d'effectifs, voire de répression, c'est-à-dire du médecin militaire tel qu'il existe, dresser en face du Commandement des théories de praticiens contraints par d'inéluctables nécessités de cesser, en de nombreux cas du temps de paix, d'être les hommes du Commandement pour devenir en toute conscience les soutiens, les défenseurs, les protecteurs du... contraire de l'ordre tel que l'exige l'Armée, cela, oh ! certes, tout cela, c'est de l'art nouveau, un jeu moderne perfectionné, un superbe travail anarchique qui fait grand honneur au cerveau de qui l'a conçu.

Car, ainsi que vous l'avez exactement observé, une troupe si bonne soit elle, ne peut subsister longuement que s'il lui est adjoint l'organe à la fois de secours et de contention que constitue le Médecin-Officier. Détruisez la texture de l'organisme médico-militaire, vous éprouverez qu'en temps de guerre comme en temps de paix — peut-être plus rapidement et de façon plus apparente en temps de paix qu'en temps de guerre — les troupes les plus valeureuses s'effriteront. Pas un Général ne me démentira qui a commandé longuement en qualité de capitaine et de colonel. Pas un de ces chefs qui ne reconnaisse qu'il a besoin de *son* service de Santé, que disloquer la médecine d'armée, fût-ce sous couleur de la secourir, c'est atteindre à échéance, mais c'est atteindre, c'est frapper certainement et très gravement l'Armée.

Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage. Si puissant que l'on soit, il n'est pas malhabile de répandre que l'assassiné est un assassin. D'ailleurs n'est-ce pas faire œuvre pie que de calomnier la victime ? Au moins les passants se rassurent-ils et la sainteté de la morale se confirme t-elle dans leurs cœurs. C'est pourquoi, M. Simond, vous faites imprimer que nous sommes des paresseux et des ignorants.

Soyez assuré que nous ne l'oublierons pas.

Dégagée de quelques restrictions dont la prudence papelarde est destinée à rassurer les lecteurs ingénus, la thèse de l'*Echo de Paris* se résume en arguments de nombre restreint mais décisifs et frappés comme des médailles :

Les médecins militaires travaillent deux heures par jour, ce sont des paresseux.

Les médecins militaires sont des ignorants ; leur insuffisance professionnelle est un péril pour la santé de nos enfants.

Les médecins militaires doivent faire de la clientèle civile et payer patente.

Contre vos accusations, Monsieur, nous ne pouvons rien — rien, pas même nous défendre. — Votre rédacteur a pris soin de ne pas citer de noms propres. Je dois lui donner acte de ce qu'il a fait usage de la clause de style : *sauf exception*.

Protester ? Ah ! le bon billet !

Mes bons camarades et ceux de nos chefs qui ont eu la faiblesse de le faire ont éprouvé la dureté de n'être point du nombre des privilégiés avec qui un journal est obligé de compter. Nos lettres ne parviennent ni à vous ni à votre rédacteur. Un scribouillard a pour mission de les jeter au panier à moins que, dévoré du zèle de vous servir, il ne lui prenne fantaisie de détacher dans l'une d'elles une paire de phrases qui, séparées de leur contexte, signifient parfaitement le contraire de ce qu'exprime leur auteur.

Le cas s'est produit. Du moins devons-nous le tenir pour avéré, puisque s'il faut en croire votre rédacteur, l'accusation de paresse portée contre les médecins militaires est étayée par la lettre d'un Médecin-Inspecteur Général du Corps de Santé lequel « ayant quitté l'Armée » vous aurait tout particulièrement écrit pour vous faire part expressément de cette bienveillante appréciation.

Je ne sache pas que des Inspecteurs généraux aient quitté l'armée ; je ne connais que des Médecins-Inspecteurs placés dans la deuxième section du cadre des Officiers Généraux. Ces médecins-Inspecteurs-Généraux ne sont ni cinquante ni trente-six ; ils ne font même pas une douzaine. Ils sont dix — en tout; et les noms, ainsi que les adresses de ces dix, chefs d'hier et chefs de demain, sont inscrits à l'annuaire.

Ainsi non contents de saboter la médecine d'Armée, vous vous employez à dresser les médecins de l'Armée contre leurs plus hauts chefs en faisant planer sur les dix le soupçon d'avoir à la fois trahi leurs inférieurs, — ce qui n'est rien à vos yeux — et trahi la vérité, ce qui est grave à nos yeux et aux yeux de tous les honnêtes gens.

Heureusement, Monsieur, nous ne croyons pas votre rédacteur : du moins ne croyons nous pas qu'il ait fidèlement reproduit l'opinion du Médecin-Inspecteur anonymement mis en cause. Mais quand même cela, *qui n'est pas*, serait, que dire de vos accusations et de vos procédés ? Quelle différence faites-vous, M. Henry Simond, entre le bravo qui, embusqué au long d'une route, attendait dans l'ombre le passage de la diligence pour dévaliser les voyageurs et l'écriviste qui, embusqué tout au long d'une colonne de journal, tiré à des centaines de milliers d'exemplaires, inaccessible à qui n'a pas la Force, c'est à dire *l'influence* ou *l'argent*, peut dévaliser impunément toute une corporation, lui ravir ce qu'elle a de plus précieux : sa réputation, son honneur professionnel ?

La différence je vais vous l'indiquer.

La différence c'est que le bravo n'hésitait pas à s'attaquer à de grands seigneurs solidement armés et qu'il risquait sa vie, tandis que l'écriviste ne risque risque rien — rien que le susurrement admiratif du lecteur incompétent et trop pressé pour s'apercevoir que diffamer des gens qui peuvent d'autant moins se défendre qu'étant officiers, leur bouche est scellée par la discipline, c'est commettre.... un acte que la déférence que je dois à mes lecteurs me retient de qualifier explicitement.

© BIU Santé

Malheur aux faibles ! Malheur aux pauvres ! malheur aux convaincus ! J'entends dire autour de moi : C'est ainsi *qu'ils* défendent l'Armée...

Et j'entends dire dire aussi :

C'est *ça* la Presse...

Non, je veux l'espérer, ce n'est tout de même pas *ça* toute la Presse...

Les... contre-vérités répandues par *l'Echo de Paris* à l'encontre de la médecine d'Armée, ont touché quelques centaines de milliers de lecteurs incompétents, partant crédules. Le coup porté aura des répercussions d'une extension indéfinie ; ce n'est pas hier, c'est dès le début des temps que l'on a éprouvé l'éternelle véracité du ; « *calomniez, il en restera toujours quelque chose.* »

Je ne dois qu'à la libéralité d'un confrère civil de pouvoir vous répondre. Pauvre réponse, car elle n'atteindra que des convaincus : quelques dizaines de milliers de confrères qui connaissent la vérité aussi bien que moi... et que vous, car votre rédacteur la connaît cette vérité, Monsieur.....

Sans quoi, au lieu de méchanceté, c'est vraiment de trop d'ignorance, de légèreté et .. d'incompréhension qu'il serait inévitable de l'accuser. Et nous ne parlerions plus que du coup de pied de... *l'Echo de Paris*.

Coupables nous pourrions, tout révoltés que nous fussions par la brutalité insolite de votre procédé, courber les épaules, faire notre *mea culpa*. Vilipendés, accusés contre les évidences les plus aveuglantes, nous ne pouvons que répéter la vérité, c'est à dire *ce qui est*. Mais vous devez comprendre qu'il nous faut dominer un frémissement de colère pour demeurer courtois en répondant *à des insultes qui ramassent exactement le contraire de ce que nous sommes pour s'en faire des armes contre nous*.

Ce qui est ?

Relatons d'abord brièvement ce qui fut.

Lorsque je quittai le Val de-Grâce, il y a quelque trente ans, l'opinion générale que se faisaient du médecin militaire les confrères impartiaux pouvait se résumer avec justesse dans la phrase suivante qui me fut dite à l'époque », Vous autres, médecins militaires, vous êtes de bons médecins de soldats ; vous êtes bienfaisants dans les casernes et au cours des manœuvres ; à l'hôpital vous soignez très convenablement vos malades et l'on peut se reposer sur vous pour tout ce qui est des maladies des jeunes gens : Tuberculose, fièvre typhoïde, rhumatismes articulaires, fièvres éruptives etc., etc. Vous traitez correctement une fracture : chirugiens, vous faites bien une amputation, une trachéotomie, une trépanation, voire une opération de hernie. Ceci dit, il ne faut pas vous demander davantage.

L'appréciation était exacte : le degré de science professionnelle des médecins militaires correspondait aux besoins reconnus de l'époque et ce degré n'était rien moins qu'insuffisant.

Depuis lors, loin de faiblir, le savoir des médecins de l'armée, soigneusement entretenu à deux excellentes écoles, l'Algérie et les Hôpitaux de la métropole, ne s'est que développé en étendue et en profondeur. Au cours de la guerre, étroitement mêlés à leurs confrères civils, les médecins militaires ont rivalisé avec ceux-ci non seulement de dévouement et de bravoure mais encore d'habileté professionnelle. Au cours des 51 mois 1/2 que dura la guerre, vivant nuit et jour dans une atmosphère d'affection pleinement confiante avec des médecins civils et avec des médecins militaires, je n'ai jamais relevé la plus légère insinuation péjorative de ceux-là à l'encontre de la technique et du savoir de ceux-ci.

Les médecins militaires ont-ils tout oublié depuis le 11 novembre 1918 ?

Pas le moins du monde.

Tout à l'encontre des allégations de *l'Echo de Paris*, à l'encontre aussi de l'opinion un peu dédaigneuse professée au cours du siècle dernier envers *le médecin des soldats*, c'est incessamment que j'entends des médecins civils faire spontanément l'éloge de la valeur professionnelle de confrères militaires, travailler, opérer ou consulter avec eux.

Et j'ai, en outre, les raisons les plus convaincantes pour assurer que notre corps médical militaire n'est nullement inférieur en science professionnelle au corps médical... allemand.

La médecine militaire n'est plus seulement la médecine des troupes ; *elle tend à déborder sur la population civile*. Et la contre-partie la plus manifeste des contre-vérités de *l'Echo de Paris*, c'est que l'un des dangers qui menace le Corps de santé militaire n'est nullement qu'il compterait trop d'ignorants mais bien au contraire qu'il tend à compter trop de savants.

Formé à la pratique des clientèles, de toutes les clientèles, y compris les clientèles de femmes et d'enfants, et à celles des services hospitaliers dans les T. O. E., le jeune médecin militaire, de retour en Europe, est la proie d'une idée fixe ; développer encore sa valeur professionnelle, la renforcer dès qu'il le peut, en acquérant la pratique d'une technique spéciale de façon à pouvoir, à son heure, abandonner une carrière où ne le retient plus une situation qu'il juge — et qui est — matériellement et moralement insuffisante

Je ne puis m'étendre sur ce point qui mériterait, ainsi que quelques autres, de longs développements.

Ce que je puis assurer, ce que tout observateur de bonne foi est en mesure d'affirmer, c'est que nos soldats sont bien soignés, que les traitements les meilleurs, d'après les procédés les plus récents, leur sont appliqués dans les hôpitaux militaires, que leur vie à la caserne est l'objet d'une surveillance vigilante, qu'au service militaire nos jeunes paysans, nos fils d'ouvriers, nos petits bourgeois sont pourvus de garanties sanitaires dont bien souvent, ils sont loin de bénéficier chez leurs propres parents.

Mais ceci intéresse t-il nos écrivistes ? Toujours prêts à dilapider les richesses plates du style trémolo en faveur du « petit soldat de France » portent-ils vraiment à celui-ci l'intérêt sincère que lui vouent ces praticiens à la fois instructeurs attentifs en matière d'hygiène et de prophylaxie et médecins traitants irréprochables que sont les médecins de notre armée ?

Si oui, si l'écriviste aime vraiment le Poilu, que l'*Echo de Paris* nous dise où et quand se sont produites les défaillances. Tous les hôpitaux militaires sont tenus par des médecins militaires. Où sont les hôpitaux militaires, où sont les salles militaires d'hospice mixte mal tenus ? Où et quand les malades n'ont-il pas reçu les soins nécessaires ? Où sont-ils traités par des méthodes surannées ? Où et dans quelles formations ont-il à souffrir de négligence où d'ignorances techniques ? Où les délaisse-t-on ? Où les soigne-t-on mal où médiocrement ? Où n'ont-ils pas en tant qu'homme, en tant que malade, leur dû, plus que leur dû ? Où sont, quels sont ces médecins militaires dont la paresse et l'insuffisance sont une menace pour la santé de nos enfants ?

En pareil cas, dénoncer est un devoir, se taire est un crime. Insinuer sans préciser n'est la marque ni de la franchise ni de la véracité. On peut être anarchiste et demeurer galant homme, honnête homme. Signaler une erreur, une négligence, une faute, fût-elle exceptionnelle, ce n'est point s'avilir ; au contraire, c'est rendre service à la communauté.

Puisque nous sommes des ignorants, des incapables, des paresseux, le nombre de nos méfaits doit être considérable, leur éclat doit crever les yeux. Il ne peut s'agir de quelques erreurs, de mécomptes accidentels, de rares manquements individuels comme il s'en produit inévitablement chaque fois qu'une tâche étendue nécessite l'effort conjoint de nombreuses individualités. Avec un personnel composé en majeure partie d'incompétents, les censeurs les moins avertis ne peuvent avoir, à recueillir nos défaillances, que l'embarras du choix...

J'attends avec curiosité la liste des fautes et des manquements que l'*Echo de Paris* se doit de publier.

J'attends aussi que vous nous fassiez dire, Monsieur, où et quand vous avez trouvé des médecins militaires chargés normalement en tout et pour tout de deux heures de travail par jour.

© BIU Santé

Sans doute est-il toujours aisé d'altérer la vérité ou bien, pour se tirer d'un mauvais pas, de chicaner cette vérité à la faveur d'un fait, d'une situation, d'une circonstance exceptionnels. A l'heure où les médecins militaires succombent sous le poids écrasant de tâches multiples, à l'heure où pour qu'ils continuent de marcher on ne peut compter que *sur leur bonne volonté*, car il est impossible de tirer davantage sur eux, l'accusation de paresse portée contre ce corps malheureux est **infiniment odieuse.**

Et ne voyez pas dans ceci, Monsieur, des mots, de simples phrases, un tour subtil du style trémolo. Ce que j'écris je suis en mesure de le prouver ; je n'ai malheureusement que trop de facilités pour le prouver. Et je tiens à votre disposition le nom sous lequel je figure à l'annuaire du Corps de Santé militaire ainsi que mon adresse.

Je vous enseignerai par surcroît, Monsieur, si vous le voulez, le pourquoi de ces paperasseries que vous nous reprochez et qui sont, chez nous, le grief sempiternel, le grand cheval de bataille des aigris et des inintelligents (1). Je vous envie si vous avez réussi le problème de diriger et d'administrer l'*Echo de Paris* sans paperasses (peut-être aussi sans téléphone ?) De grâce donnez-nous votre recette. Je sais trois hommes au moins qui exigèrent comptes-rendus et paperasses. Ils s'appelaient Colbert, Louvois et Napoléon Bonaparte.

Il est vrai qu'ils n'avaient pas sur les bras la charge considérable de veiller aux destinées de l'*Echo de Paris*.

Un mot pour finir.

Si, comme j'en doute fort, Monsieur, — car un potentat de la Presse est plus inaccessible que S. S. le Pape où que S. M. le Roi d'Espagne — ces lignes sont placées sous vos yeux, laissez-moi de façon toute désintéressée et par amour pur de l'Art vous donner un conseil : *Modérez-vous* ; *Vous allez trop vite.*

C'est entendu. Vous êtes un Maître et votre dernier trait est un chef-d'œuvre.

Tudieu ! quel carambolage !

D'une pierre, cinq coups, cinq mauvais coups :

Vous insultez toute une corporation : celle des médecins militaires, braves gens dévoués et disciplinés qui ne vous ont jamais fait de mal et ne peuvent pas se défendre. Vous les dressez contre leurs chefs.

Vous atteignez l'Armée en détachant d'elle un organe indispensable à son moral et à la conservation de ses effectifs.

Vous sapez la confiance des Poilus dans leurs médecins et jetez la consternation dans les familles épouvantées de savoir la vie de leurs fils entre les mains de paresseux et d'ignares.

Vous frappez les médecins civils dont l'existence si digne, si méritante est parfois difficile, en leur jetant dans les jambes tout le corps de santé militaire, 1.600 confrères au bas mot (2) lequel, sous la réserve de payer patente aura pour devoir primordial de s'emparer de toute la clientèle possible.

Enfin — et c'est le fin du fin — vous lancez sur la malheureuse population française, de l'enfant à la mamelle au vieillard édenté, tout le corps de santé militaire, 1600 médecins au bas mot (1), qui, paresseux et ignares, sans cesser de constituer une menace pour l'existence de nos soldats, deviendront une véritable plaie pour les parents, amis et connaissances de ceux-ci, pour leurs pères, et mères, frères, sœurs, tantes, neveux, nièces, grands-oncles, cousins et cousines jusqu'au 150e degré.

Car enfin, si le corps de santé militaire est composé d'incompétents, c'est un singulier cadeau à faire à la population française que de le lui imposer.

Ce présent fallacieux est de trop. Il vient trop vite ; il est suspect. Par lui nous pénétrons vos desseins véritables, pressentons que vous êtes de connivence secrète avec Moscou.

Croyez-moi, refrénez votre appétit, modérez provisoirement votre orgueil.

Ainsi vous tenez les médecins militaires pour quantité négligeable...

Pourtant souvenez-vous Monsieur, souvenez-vous combien, au cours de la guerre, Poilus et Officiers aimèrent leurs praticiens héroïques et modestes, les bons docteurs civils et militaires, combien étaient admirées leur bravoure, leur science dont nul alors ne pensait à médire. Souvenez-vous de l'affection de tous pour eux, de la vénération de chacun pour leur caractère pour leur *vertu*, au sens romain et au sens français du mot ; souvenez-vous de leurs souffrances, de leurs blessures. Souvenez-vous de leurs Morts, Monsieur....

Tout cela, si vous l'avez oublié, ceux des officiers qui vécurent la fournaise — la vraie fournaise — avec nos médecins ne l'ont pas oublié. Et le soir, lorsque le médecin militaire exténué par le travail qui, — en dépit de ce que l'on vous a conté — est pour lui incessant, accablé tout au long du jour... et de la nuit par des devoirs multiples, trouve le temps de faire une apparition hâtive au Cercle sur la table duquel trône l'*Echo de Paris*, c'est avec une cordiale affection, bien souvent avec des sentiments de reconnaissance, que les officiers accueillent celui qui, — en dépit de ce que l'on vous a conté — est journellement leur médecin et celui de leurs familles ; c'est avec confiance qu'ils sollicitent de sa bouche des conseils qui ne sont pas toujours exclusivement d'ordre technique. Car dans l'Armée comme partout ailleurs, le Docteur n'est pas seulement le praticien, il est souvent un ami et un guide.

Loin de moi, Monsieur, la pensée mesquine de préconiser contre votre offensive singulière la sorte de contre-offensive que caractériserait le mot : grève du lecteur. Aussi bien la riposte serait-elle inopérante ; quelques milliers d'abonnés de plus où de moins n'importent pas aux colosses de la Presse.

Tout de même je vons recommande d'aller un peu moins vite et un peu moins fort. Ces doux médecins qui n'ont pour eux que leur dévouement, leur modestie et leur esprit de discipline, conservent néanmoins la liberté d'apprécier et de faire entendre leurs appréciations. Si celles-ci continuaient d'être sévères à votre endroit, il ne serait pas surprenant qu'elles occasionnassent quelque désaffection envers votre feuille. Et ce serait ma foi dommage, car il faut bien le reconnaître, cher Monsieur, ; l'*Echo de Paris* publie parfois des articles sérieux et parfois même des articles spirituels.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr G. Espé de Metz.

(1) Au point de vue *écritures, paperassertes, etc....* le médecin est privilégié. Tandis qu'un Colonel, président d'un Conseil d'administration, est pécuniairement et disciplinairement responsable, le médecin chef d'hôpital a surtout une responsabillté de surveillance, son gestionnaire étant le vrai responsable. Mais certains trouvent élégant de se déclarer écrasés d'écritures *et de le faire croire aux incompétents* parce qu'ils ont consacré dix minutes à *signer* des dossiers volumineux. En ce qui concerne les infirmeries, quand le médecin s'astreint à donner *un quart d'heure* par jour aux écritures, et de loin en loin quelques heures, son service est, au point de vue « papiers », parfaitement tenu, mais certains négligents, manque de donner à la fonction bureaucratique le quart d'heure quotidien qu'elle réclame, finissent par être submergés. Après quoi ils grognent sans réfléchir qu'un médecin civil aussi insoucieux de ses intérêts propres qu'ils le sont de ceux de l'Etat, n'arriverait pas à démêler ses comptes et finirait sur la paille. Ceci ne veut pas dire d'ailleurs que dans l'administration militaire, comme en beaucoup d'autres, des simplifications heureuses ne pourraient pas être opérées,

(2) Sans compter les effectifs des corps de santé de *l'Armée Coloniale* et de *l'Armée de Mer*. Bien entendu, les pharmaciens et les vétérinaires militaires devront pratiquer la clientèle civile et les officiers d'administration auront toute licence de gérer des entreprises commerciales ou industrielles.

Reproduction autorisée (Prière d'indiquer la source : *Progrès Médical* du 23 août 1924.)

Médecine Militaire. Index :

— Religio vastata. *Progrès Médical* du 12 juillet 1924.

A paraître : L'indemnité de graduation. — Les Honneurs.

© BIU Santé

VARIÉTÉS

Une abbesse de Fontevrault aux eaux de Bourbon-l'Archambault.

Une des femmes les plus sympathiques du siècle de Louis XIV, fut bien cette Gabrielle de Rochechouart-Mortemart, que pour plaire à Mme de Montespan, Louis XIV nomma, malgré l'opposition momentanée du pape, abbesse de Fontevrault à l'âge de vingt-cinq ans. Elle avait pris le voile le 19 février 1664, en présence de trois reines : Henriette d'Angleterre et Anne et Marie-Thérèse d'Autriche. Quatre ans plus tard elle fut bénie abbesse, dans le couvent des Filles-Dieu, par Harlay de Chanvalon, archevêque de Paris et en présence de toute la cour. Jusqu'à sa mort elle gouverna avec une sagesse et une fermeté remarquables les trois couvents de femmes et le couvent d'hommes qui composaient le monastère de Fontevrault, placé sous sa direction.

Cette savante abbesse allait souvent aux eaux de Bourbon-l'Archambault accompagner Mme de Montespan, sa sœur. Cependant les documents relatifs aux séjours qu'elle y fit sont peu abondants (1).

Les lettres de l'abbesse ont dû être brûlées et à leur défaut on est obligé d'avoir recours à celles conservées aux Archives départementales de l'Aube, à la Bibliothèque Nationale ou dans des collections particulières: M. Pierre Clément, de l'Institut, les a données à la suite de son volume sur l'abbesse de Fontevrault (2.)

En 1681, il n'y a rien d'impossible à ce que Gabrielle de Rochechouart de Mortemart ait accompagné sa sœur aux eaux de Bourbon, car cette année-là, par une lettre (3) qu'elle adressait à son médecin ordinaire, le docteur Vallant, nous savons que sa santé était loin d'être florissante : « Vous avez répondu si promptement et avec tant de bonté à la plainte que je vous faisais de ma mauvaise santé, écrit-elle, que je ne puis douter que vous y preniez part. Je vous en suis très obligée; monsieur, et je vous conjure de me conseiller quelque remède ». Il se peut donc parfaitement que Vallant ait conseillé à l'abbesse de suivre sa sœur à Bourbon, ne serait-ce que pour y prendre quelque repos. La suite de la lettre nous apprend de quels maux souffrait la sœur de Mme de Montespan : « J'ai des décharges de cerveau quasi-continuelles qui me causent de grands maux de cœur, dit-elle, j'ai aussi toujours l'estomac en très mauvais ordre, et ce qui me tourmente plus que tout cela ce sont des maux de rate qui me donnent souvent des mélancolies furieuses, surtout la nuit ; j'en suis persécutée étrangement ».

A cette époque, la rate avait bon dos, Mme de Sévigné, Boileau, mettent tous les torts de son côté, c'est elle qui donne des « vapeurs » et autres maladies.

Dans notre étude sur D. Huet, nous avons vu que l'abbesse alla à Bourbon en 1689, avec Mme de Montespan et sa nièce, Mlle Marie-Elisabeth de Rochechouart ; qu'elle y était venue en compagnie du célèbre prélat (4) et qu'elle quitta un peu précipitamment la station thermale, ayant été rappelée par les devoirs de sa charge.

En 1693, Mme de Montespan, sur le point de se rendre aux eaux de Bourbon, écrivait, le 19 juin, à Daniel Huet, une lettre par laquelle elle le priait « de se rendre capable de résoudre l'abbesse à y aller ». Cette dernière se rendit-elle aux sollicitations de sa sœur ? Nous ne pouvons l'affirmer.

Toujours est-il qu'en 1695, elle y fit un long séjour, comme nous l'apprend une lettre de la marquise de Montespan adressée à la duchesse de Noailles.

L'abbesse et sa sœur avaient même projeté longtemps à l'avance cette villégiature en Bourbonnais ; en effet, le 2 décembre 1694, la maîtresse du roi écrivait à D. Huet, en parlant de Mme de Fontevrault et d'elle-même « pendant que sagement nous irons à Bourbon » ; puis elle termine sa lettre en conviant le spirituel évêque à aller y passer également ses vacances « ne doutant pas qu'un peu de réflexion ne vous ramène à Bourbon et à nous. »

Au moins de juin 1700, nous trouvons encore l'abbesse de Fontevrault aux eaux de Bourbon, en compagnie de Mme de Montespan. Le 25, elle écrit à Roger de Gaignières : « Je suis très persuadée, monsieur, que vous avez la bonté de vous intéresser à ma santé, mais je n'ai nul sujet de me flatter qu'elle soit aussi nécessaire que votre politesse et peut-être votre amitié vous le fait dire. Jusqu'ici je me trouve très bien des eaux et mieux que l'année passée (1). Ma sœur s'en trouvait bien aussi ; mais depuis hier elle a des maux de tête accompagnés de vapeurs qui la dérangent un peu et qui me donnent bien de l'inquiétude, quoique cette incommodité soit, par la grâce de Dieu, sans nulle conséquence ». Les dernières lignes de cette lettre nous montrent avec quelle sévérité les médecins d'alors traitaient les malades à Bourbon, puisqu'il ne leur était même pas permis d'écrire leur correspondance eux-mêmes. « Je ne vous écris point de ma main, ajoute l'abbesse, parce que cela est *absolument défendu ici*, et que la moindre application ne peut s'accommoder avec les eaux ».

La santé de Mme de Fontevrault ne s'améliora guère par la suite, car au mois de juin 1704, ses médecins lui conseillèrent de retourner à Bourbon, dont les eaux l'avaient plusieurs fois soulagée, « elle s'y refusa, ne voulant plus, dit-elle, chercher à guérir hors de l'enceinte des murs où la retenait le devoir ». Un extrême abattement, accompagné d'une douce mélancolie, ne tarda pas à se produire, et son état s'aggrava rapidement. Le 7 août, elle eut une petite fièvre d'un caractère inquiétant ; le 13 (2), elle fut prise de délire et essaya vainement de parler aux religieuses empressées autour d'elle ; le 15, elle s'éteignit : mourant, rapporte sa nièce avec une douceur qui tenait plus de l'extase et du ravissement que d'une séparation douloureuse... » (3). Elle avait à peine cinquante-neuf ans.

Telle fut la fin de cette » femme qui exerça une autorité ecclésiastique, non seulement sur des religieuses, mais encore sur des moines et des prêtres, de cette belle et spirituelle abbesse, qui, placée à vingt-cinq ans, par la protection de la maîtresse du Roi, à la tête d'un des principaux monastères de l'Europe, y montra les qualités intellectuelles les plus remarquables (4).

Henri BAGUET.

(1) Cependant au mois de février 1906, M. Paché, archiviste de Maine-et-Loire, découvrit, dans les registres paroissiaux de la commune de Fontevrault, plusieurs documents sur la célèbre abbesse.

(2) *Une abbesse de Fontevrault au XVIIe siècle : Gabrielle de Rochechouart de Mortemart*, Paris, Didier. 1871, un volume in-12, pages 81 à 269.

(3) *Ibid.*, lettre 36, page 150.

(4) Signalons une erreur qui se trouve dans l'ouvrage de P. Clément, déjà cité, appendice, pages 366 et 367, on lit : « Il est à remarquer enfin que D. Huet, dont on a de nombreures lettres à l'abbesse de Fontevrault, que d'ailleurs. il ne nomme même pas dans ses *Mémoires*,... » Or, non seulement D. Huet parle de l'abbesse dans ses *Mémoires*, mais à la page 329, il fait le plus grand éloge de son esprit et de ses mérites.

(1) L'abbesse se rendit donc à Bourbon en 1699. Je n'ai pu trouver aucun détail sur ce séjour ni savoir si sa sœur l'y avait accompagnée.

(2) Dans son *Journal*, Dangeau dit qu'elle ne fut malade que trois jours.

(3) Cf. P. C. CLÉMENT. — *Ibid.*, page 74.

(4) Cf. IMBERT DE SAINT-AMAND. — *Portraits de grandes dames*, Paris, Dentu, un volume in-12, page 87.

© BIU Santé

MÉDICATION GASTRIQUE

HYPERSÉCRÉTION
HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES

SÉDOGASTRINE

(Granulé friable, sucre modérément)

Dose : *Une cuillerée à café une heure après les repas et au moment des douleurs.*

HYPOSÉCRÉTION
HYPOCHLORHYDRIE
ATONIE, AÉROPHAGIE

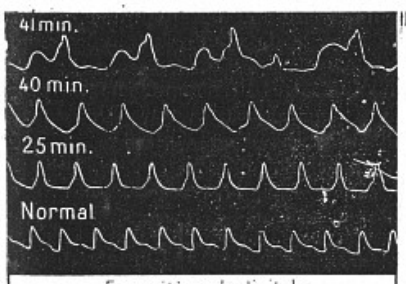
PEPTODIASE

(Gouttes)

Doses : *Trente gouttes au début ou au milieu des repas.*

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRE P. ZIZINE, 2, rue de Capri, PARIS-12e R. C. Seine : 234.317

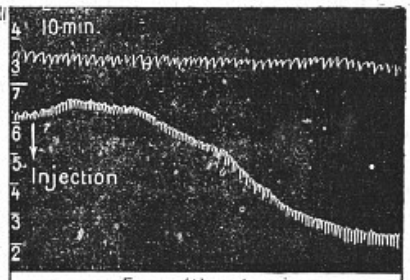


Energétène de digitale

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : **LES ÉTABLISSEMENTS BYLA**
26, Avenue de l'Observatoire, Paris
Usines et Laboratoires de Recherches à GENTILLY (Seine)

DOSAGE CHIMIQUE
ET PHYSIOLOGIQUE
RIGOUREUX
XXXVI gouttes = 1 gr. Energétène = 1 gr. Plante fraîche

OPOTHÉRAPIE VÉGÉTALE



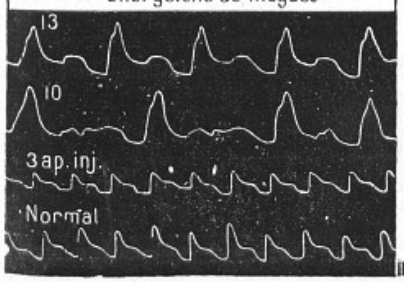
Energétène de gui

Tout le SUC inaltérable de la PLANTE fraîche et vivante

D'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE CONSTANTE, STABILISÉ ET CONCENTRÉ DANS LES

Energétènes Byla

Energétène de muguet

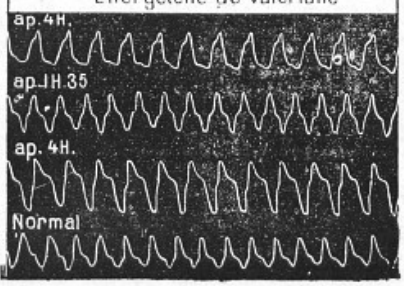


Digitale, Colchique :
X à XXX gouttes p. jour

Aubépine, Genêt, Muguet, Gui, Sauge :
XXX à C gouttes p. jour.

VALÉRIANE
Cassis, Marrons d'Inde :
1 à 3 cuillerées à café p. jour

Energétène de valériane



TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE BISMUTH

MUTHANOL

Hydroxyde de Bismuth radifère

ADOPTÉ par les HOPITAUX de PARIS, le MINISTÈRE de l'HYGIÈNE et le SERVICE de SANTE de l'ARMÉE

Dose normale : *Ampoules de 2 cc. renfermant 1,3 cgr. de Bismuth métal.* La boîte de 10 ampoules : **25 francs.** — POUR ENFANTS : *Ampoules de 1 cc. renfermant 2 cgr. 6 de Bismuth métal.* La boîte de 10 ampoules : **18 francs.** — Traitement de sécurité : SUPPOSITOIRES MUTHANOL, la boîte de 10 sup. adultes : **10 francs.** — Enfants : **9 francs.**

NÉOLYSE et NÉOLYSE RADIOACTIVE, contre le Cancer

Cachets, ampoules, compresses

Séro-Diagnostic du Cancer J. THOMAS et M. BINETTI

Laboratoire du Muthanol, 55, Boulevard de Strasbourg, PARIS (X°). — *Téléphone* : *Nord 12-89*

© BIU Santé

ANALYSES

De certaines difficultés du diagnostic du chancre syphilitique. (GALLIOT, *Journal de médecine de Paris*, 26 janvier 1924.)

Le diagnostic du chancre syphilitique au début est souvent très difficile car il ne s'agit pas toujours d'une érosion superficielle reposant sur une base indurée, accompagnée d'une adénopathie inguinale. Aussi il est de toute nécessité de recourir aux examens microscopiques *précoces* et *répétés* de toutes lésions des organes génitaux. A la période toute primitive de la syphilis, avant l'apparition des signes cliniques, la recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope permet d'affirmer le diagnostic et de mettre immédiatement en œuvre le traitement arsénobenzolique.

L'ulcération traumatique lente à se cicatriser, l'herpès génital traînant, devront toujours être suspectés ; on sait également la fréquence relative du chancre mixte

L'auteur rapporte deux observations fort instructives. Dans l'une, le chancre avait consisté en une tache congestive d'aspect banal sans aucun autre symptôme, et cependant au 25e jour la roséole et l'adénopathie firent la preuve de l'infection syphilitique. L'autre observation a trait à un malade employant à l'état permanent une pommade prophylactique, et cependant il existait dans le sillon balano-préputial une érosion fissuraire lente à se cicatriser. La recherche du tréponème fut toujours négative, or 50 jours après il était en pleine période secondaire. Il semble ici que la pommade prophylactique ait déformé la lésion et rendu impossible le diagnostic bactériologique.

P. DUHAIL.

Traitement du chancre mou par le rayonnement total du radium. (LACAPÈRE et GALLIOT, *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1er janvier 1924.)

Il s'agit d'un traitement expérimenté dans un service de Saint-Lazare et présenté par L. et G. qui ont sur la question une autorité indiscutée. Cette nouvelle thérapeutique assez simple accélère d'une façon très appréciable la guérison des chancres à bacilles de Ducrey.

On utilise le rayonnement total du radium par application locale d'un sel de radium inclus dans un véhicule pâteux. Ce rayonnement exerce sur les leucocytes une action chimiotactique extrêmement puissante : il y a appel des polynucléaires puis des mononucléaires en même temps qu'augmentation de sécrétion des glandes muqueuses, si bien que tous ces éléments entraînent à l'extérieur d'une façon mécanique tous les microorganismes sans qu'il y ait atteinte des éléments sains. Ces applications accélèrent la cicatrisation des lésions et sont tout à la fois antihémorragiques et anesthésiantes. Enfin cet emploi du radium en nature permet l'utilisation de tous les rayons dont certains sont filtrés lorsqu'on emploie des appareils à sels collés.

Dès le lendemain de l'application du topique radio-actif sur le chancre mou l'écoulement renferme une quantité énorme de polynucléaires bien colorés avec de nombreux microorganismes.

Le second jour, les polynucléaires ont complètement disparu ; ils sont remplacés par des mononucléaires de toutes tailles ; les microorganismes sont toujours aussi nombreux.

Le troisième jour, les mononucléaires ont disparu ; il ne reste plus qu'un feutrage abondant de filaments muqueux.

Les jours suivants, l'exsudation cesse.

Chez tous les malades traités, les auteurs n'ont pas vu survenir de bubon, mais il s'est produit à diverses reprisee des autoinoculations qui ont guéri par l'application du topique.

Ce traitement ne doit être employé que sur des plaies largement ouvertes, sinon il se produit une véritable collection suppurée.

Cette thérapeutique radioactive diminue notablement la durée du traitement. Neuf femmes ont été soignées avec une durée moyenne de séjour de 16 jours, alors que le traitement ancien

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

TÉLÉPHONE : ELYSÉE 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Les causes de la parturition

Par le Dr **Henri VIGNES.**

Il est très vraisemblable que le travail de l'accouchement est déclanché par la maturité du fœtus : le fait que les fœtus ectopins meurent à un terme inéluctable nous donne une première indication de cette hypothèse.

Ceci dit, quel est le mécanisme de cette action ? Il faut avouer que nous l'ignorons. Nous allons cependant passer en revue les explications proposées.

On peut envisager que le fœtus arrivé à un certain état d'équilibre de son métabolisme sécrète des produits qui excitent la contractilité utérine. L'existence de ces produits n'est pas prouvée, nous n'avons nulle clarté sur leur nature et leur mode d'action. Signalons cependant un travail de WINTREBERT sur l'éclosion des œufs de truite, qui n'est pas sans intérêt pour ce sujet, et, surtout, un mémoire récent d'ALMAGIA (1). Cet auteur, ayant par hasard observé des parturitions prématurées chez deux lapines qu'il avait traitées avec des injections d'autolysats fœtaux, eut l'idée de rechercher les effets de ces injections sur la gestation avancée, et injecta sous la peau de lapines et de cobayes 2 centicubes d'autolysat fœtal : or il provoqua toujours par ce moyen des accouchements. La bouillie fœtale fraîche, non autolysée, n'eut pas d'action et des autolysats fœtaux d'autres espèces n'en auraient pas eu davantage.

BROWN SÉQUARD a parlé jadis d'un excès d'acide carbonique passant dans le sang maternel : mais il ne semble pas que les preuves fournies à l'appui de son hypothèse soient valables.

Enfin, on a lancé, sans aucune preuve, l'hypothèse d'un processus anaphylactique mal défini.

D'autres auteurs ont pensé que la cause de l'accouchement devait être recherchée dans l'organisme maternel qui ne serait pas capable de tolérer plus longtemps le fœtus. WALTHARD, qui a décrit une insuffisance hépatique des derniers temps de la gestation, considère que cette insuffisance est progressive et qu'elle déclanche l'accouchement (2).

NISSEN (3) a apporté à ce problème une intéressante contribution en mettant en parabiose une femelle pleine et une femelle non gravide. Si la femelle pleine est près du terme, l'autre présente, quelques heures avant le début du travail, des signes d'épuisement, des convulsions, et elle succombe pendant que l'autre accouche, comme si l'animal près du terme produisait une substance qui déclanche la parturition et qui serait toxique pour une femelle non enceinte.

Il faut remarquer d'ailleurs que cette expérience n'indique pas l'origine maternelle ou fœtale de la substance ecbolique.

On ne saurait nier de façon absolue que l'aptitude de l'œuf à être clivé d'avec la paroi utérine soit indifférente ; cette aptitude est indéniable ; la facilité de la délivrance lorque l'accouchement a lieu à terme, sa difficulté dans l'avortement criminel en sont des preuves. Nous ignorons d'ailleurs la manifestation anatomique de cette aptitude : ni la dégénérescence graisseuse de la caduque, ni les thromboses placentaires, jadis signalées, n'ont été retrouvées de façon constante par les auteurs modernes.

D'ailleurs, rien ne prouve que cette aptitude à cliver soit une cause efficiente de l'accouchement : il s'agit d'un signe de maturité de l'œuf, sans plus.

On a cherché dans le placenta le facteur déterminant de la parturition.

1° On a dit que la surface placentaire devenait insuffisante pour les échanges de plus en plus actifs du fœtus.

Le poids du placenta et des membranes, on le sait, augmente en valeur absolue au cours de la gestation, mais son importance relative par rapport au poids du fœtus décroît pendant ce même temps ainsi que le montrent les chiffres d'HASSELBACH concernant l'embryon de poulet : le rapport pondéral

$$\frac{\text{embryon} + \text{membranes}}{\text{embryon}}$$

décroît constamment du 8e jour de l'incubation (1,917) au 18e jour, voisin du terme (1,090).

2° On a dit que le placenta avait une vie d'une longueur donnée et que la sénescence du placenta était la cause de l'accouchement.

Cette sénescence a été étudiée au point de vue anatomique par John FRASER (1) qui en donne les caractères suivants (d'après l'examen radiographique de placentas injectés au barium).

	Placenta jeune	Placenta vieux
Gros troncs vasculaires sous-amniotiques	larges et réguliers	moins larges et moniliformes
Branches collatérales des gros troncs	nombreuses	plus rares
Anastomoses	nombreuses, permettant l'injection rapide	plus rares
Aspect général	homogène	tacheté (par réduction circulatoire et formation d'infarctus)
Capillaires	très perméables	peu perméables

De toute cette description, résulte l'impression que la circulation d'un placenta vieux est plus ou moins ralentie.

La sénescence placentaire a été étudiée au point de vue chimique. Je signale ici un travail de TANIGUCHI, trop brièvement analysé dans le *Japan Medical World* du 15 juillet 1922 (p. 210). Pour cet auteur, au cours de la gestation, les substances lipoïdes diminuent de quantité dans les viscères de la mère, tandis qu'elles augmentent dans le placenta, et il se pourrait que cela ait un certain rapport avec la durée de la gestation et de la parturition (2).

Mais encore une fois, quel est le mécanisme qui intervient pour expulser l'œuf et en quoi le fait que le placenta soit sénescent intervient-il ? C'est ici que les explications deviennent moins précises. Il nous faut cependant exposer la théorie de K. de SNOO : pour cet auteur, le trophо-

(1) Sur les causes déterminant le travail de l'accouchement. *Archivio di Farmacologia sperimentale*. 1924, n° 1.
(2) Valeur fonctionnelle du foie pendant la gestation. *Archiv für Gyn.*, mai 1922, p. 68.
(3) Questions de pathologie sexuelle étudiées par la parabiose. *Zentral f. Gyn.*, 6 janvier 1923, p. 11.

(1) Circulation placentaire. *The Amer. Journ. of. Obst. and Gyn.* décembre 1923, p. 645.
(2) Cet appauvrissement des tissus en lipoïdes vu par TANIGUCHI correspond à ce que j'ai signalé ailleurs en ce qui concerne les léci-thines. Lécithine et gestation. *C. R. de la Soc. de Biol.*, tome LXXXVII, 8 juillet 1922.)

© BIU Santé

blaste sécréterait quelque chose qui empêcherait la musculature utérine de se contracter ; quand cette sécrétion deviendrait déficitaire, l'accouchement se produirait. Partant de cette idée, de Snoo traite l'avortement habituel par des extraits placentaires (1).

L'aptitude du muscle utérin à se contracter doit être prise en considération ; on sait les difficultés qu'il y a, d'une part, à faire contracter, et, d'autre part, à faire bien contracter le muscle utérin en cas d'accouchement prématuré provoqué : la fibre musculaire n'est pas mûre.

Bumm, à ce sujet, parle des modifications moléculaires du protoplasme des fibres hypertrophiées.

L'irritabilité du muscle et des nerfs utérins, les facteurs d'irritation jouent aussi un certain rôle, mais un rôle qu'il ne faut pas surestimer.

Si l'on considère que certaines irritations intempestives peuvent déclancher l'accouchement (présence d'une sonde intra-utérine, action, inconstante d'ailleurs, de certains médicaments, traumatisme sexuel, fatigues, distensions, chutes et chocs), on peut dire que ces irritations ont agi de façon pathologique sur l'irritabilité pour causer un accouchement prématuré.

Mais de là à considérer l'irritabilité (2) comme le facteur physiologique de l'accouchement, il y a une marge et, il faut se rappeler que les manifestations de l'irritabilité sont bien variables : telle distension considérable laisse l'utérus bien indifférent. Et si cette irritabilité est non pas banale, mais quelque chose de très spécifique, nous en sommes réduits à dire que le travail se déclanche parce qu'il doit se déclancher (3).

Parmi les éléments qui agissent sur l'irritabilité spéciale de l'utérus parturient, il faut citer les congestions qui se produiraient en rapport avec le cycle menstruel. Ces congestions, avant le terme, se traduiraient par certaines « alertes » : pour Schatz : 1° ces alertes se reproduisent régulièrement, suivant un rythme propre à chaque femme : 2° elles coïncident avec une élévation progressive de la tension artérielle ; 3° la prise quotidienne de la tension permet de prévoir le jour d'une alerte ; 4° c'est justement le jour d'une de ces alertes (à la fin du 10e mois lunaire) qui sera le jour de l'accouchement.

***

Voici bien peu de précisions. Les éléments les plus constants dont nous venons de parler sont simplement des signes de maturité de l'œuf et le reste n'est qu'hypothèse sans précision, en sorte qu'arrivé à la fin de ce chapitre, retenant que le fœtus est expulsé quand il est apte à la vie extra-utérine, quand le muscle utérin est apte à se contracter et quand la caduque est apte à se cliver, — ignorant quel est le terme vrai de ces phénomènes, il nous faut conclure avec Avicenne qu'au temps voulu, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu.

(1) Importance du placenta et spécialement du trophoblaste pour la durée de la gestation et la mise en train de la parturition. (*Monatsschr. f. geb. u. Gyn.* Vol. LVII, fas. 1 et 2.)

(2) La mise au repos du sympathique pendant le sommeil et la libération consécutive du parasympathique expliqueraient, pour Bosc, la fréquence du début nocturne de l'enfantement.

(3) On pourrait citer ici les hypothèses de Bouin et Ancel. Pour eux, ce qui est étonnant, ce n'est pas que le muscle utérin se contracte au moment de l'accouchement, c'est, au contraire, que cette contraction ne survienne pas d'une façon plus précoce. L'excitant normal d'un muscle creux, tel que le cœur, la vessie, est précisément la distension de ses parois par son contenu ? Ce qui est remarquable, c'est donc la tolérance prolongée de l'utérus pour le fruit. Cette tolérance serait conditionnée par les glandes endocrines qui se développent au cours de la gestation, corps jaune pendant la première moitié, glande myométricale pendant la seconde moitié. L'accouchement serait dû à la disparition de cette tolérance, disparition liée à l'arrêt de ces sécrétions.

Le traitement radium-radio-chirurgical du cancer du sein

Par le Dr **DE BACKER**, ex assistant à l'Université de Gand.

La thérapeutique du cancer du sein nous semble le plus sujet à discussion à l'heure actuelle. La chirurgie s'est définitivement limitée à l'extirpation du sein, des plans musculaires sous-jacents et des voies lymphatiques sous-claviculaires et axillaires ; elle abandonne le curage de la région sus-claviculaire comme n'étant plus à même d'assurer une guérison lorsque l'affection s'est tellement étendue que cette région se trouve envahie. Dans les cas de cancer débutant du sein, nous nous trouvons en présence d'une tumeur bien localisée, bien accessible, n'étant point située dans le voisinage immédiat d'organes qui pourraient être gravement endommagés par une irradiation énergique. Il n'est cependant point permis de ne faire dans ces cas que la Curie-Rœntgenthérapie et de renoncer actuellement à la chirurgie.

***

Nous limitons la radiothérapie *exclusive* du cancer du sein aux cas où, malgré notre insistance, la malade refuse toute intervention chirurgicale ainsi qu'aux nombreux cas où l'extension des lésions contre-indique toute acte chirurgical. Les premiers sont heureusement très réduits en nombre et la persistance de tissu dur cicatriciel à la place de la tumeur deux et trois ans après le début du traitement radiothérapique fait que nous ne pouvons pas considérer ces cas comme définitivement guéris n'étant pas certains que ce tissu ne contient plus d'éléments néoplasiques.

Les autres cas, les inopérables, nous sont arrivés en nombre considérable mais présentant des tableaux cliniques si divers au point de vue de l'étendue des lésions, des probabilités d'existence de métastases internes et ayant subi parfois des traitements radiothérapiques antérieurs si variés qu'il nous est impossible de formuler la valeur du traitement radiothérapique de ces cas ; nous estimons toutefois que ce traitement est d'importance scientifique indiscutable vu que des régressions ont surgi et se sont maintenues en plusieurs cas durant 3 et 4 années grâce à l'action des radiations.

Nous avons remplacé l'introduction de tube de radium derrière la tumeur (1) par la radiumpuncture et nous avons dû renoncer provisoirement à l'injection de substances électrocolloïdales qui en renforçant de façon démesurée l'action de l'irradiation provoquaient des nécroses trop étendues.

***

Nous voudrions en cette communication relater les premiers résultats d'une combinaison de la chirurgie avec la radium-radiothérapie que nous avons pratiquée en collaboration avec le professeur Frans Daels. Le traitement chirurgical, outre qu'il est indiqué, possède au point de vue scientifique le grand avantage de nous mettre en mains la pièce anatomo-pathologique qui nous permet de poser le diagnostic histologique de l'affection et de nous renseigner davantage au sujet de son extension.

Dans les cas douteux, nous procédons au prélèvement du ou d'un nodule pour l'examen histologique et nous

© BIU Santé

plaçons, après extirpation et dans le but d'éviter un essaimage possible, un tube de radium en lieu et place du nodule. La suture guérit très bien si on prend soin de retirer le tube de radium non point à travers l'incision même, mais par un orifice de drainage pratiqué en situation déclive de l'incision. Nous pratiquons évidemment l'amputation du sein dans les cas où le diagnostic histologique de carcinome a été posé.

Pour les cas envisagés en cette communication, nous avons renoncé à l'*irradiation pré-opératoire*, tandis que pour ceux pour lesquels le professeur De Beule nous fit l'honneur de demander notre collaboration (2, 3) elle fut fréquemment maintenue. Diverses considérations peuvent plaider en effet contre cette irradiation pré-opératoire. Au cours de recherches faites en collaboration avec le Dr F. Derom nous avons observé qu'à la suite de l'irradiation une partie seulement des cellules de l'alvéole cancéreux est détruite, tandis que d'autres semblent se libérer à la suite même de cette destruction de leurs voisines et sont peut-être à même de métastaser plus facilement. Certaines objections de principe peuvent également être faites à l'irradiation pré-opératoire ; on donne ou bien la dose d'irradiation suffisante pour détruire toutes les cellules cancéreuses et c'est bien ainsi que les défenseurs (4) de l'irradiation pré-opératoire le conçoivent puisqu'ils disent qu'il faut donner « une dose nécrosante pour la cellule cancéreuse et tout le territoire lymphatique ». Si cela est réalisable, l'intervention opératoire est superflue. Si une partie seulement des cellules cancéreuses a été nécrosée par l'irradiation, on peut craindre que l'inoculation en territoire opératoire de celles qui ne sont pas détruites leur procure des chances plus grandes de résister à une réaction possible de l'organisme ou à une irradiation post-opératoire, à moins que l'irradiation pré-opératoire puisse rendre cette inoculation plus difficile conformément aux données des dernières expériences (5). Mais ce n'est pas à ce dernier point de vue

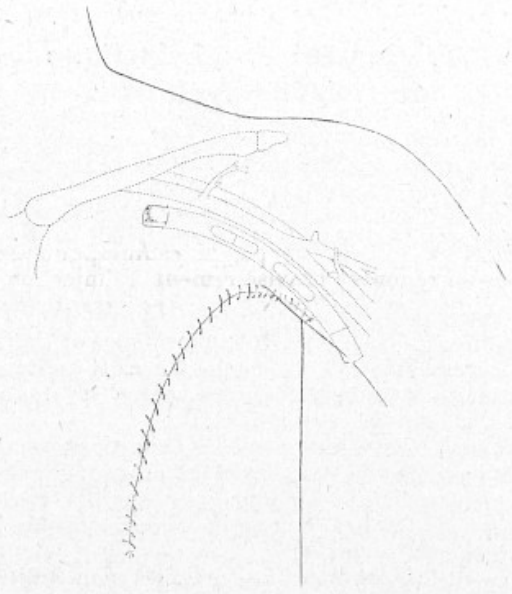


FIGURE 1.

que se sont placés les partisans de l'irradiation pré-opératoire et il reste à démontrer qu'une irradiation vraiment utile puisse être réalisée dans ce but sans courir le danger d'administrer une dose excitatrice nocive à d'autres territoires néoplasiques.

L'*irradiation postopératoire* a donné lieu à des discussions véhémentes puisque Perthes obtint sans irradiation 38 % de guérisons et 30 % seulement avec irradiation, tandis que Tichy obtint 20 % de guérisons sans irradiation et 31 % avec irradiation et Hans Meyer 44 % sans irradiation et 53 % avec irradiation.

Il est classique que les rayons γ du radium exercent sur le cancer une action plus sélective que les rayons X. Le grand inconvénient de l'application de tubes radifères dans les tissus réside dans l'action trop localement irritante de leur rayonnement sur les tissus en leur contact, mais à cet inconvénient peut être paré en partie par une filtration forte.

Nous avons débuté par l'application au moment de l'intervention même de 2 tubes de 3 cm. de longueur de 25 mgr. de radium-élément filtré par 2 mm. de platine de 0,1 mm. d'aluminium et 3 mm. de caoutchouc dépourvu de matière métallique, tubes placés à la file indienne le long des grands vaisseaux du creux axillaire. Ces tubes furent laissés durant ± 24 heures en place ± 9,5

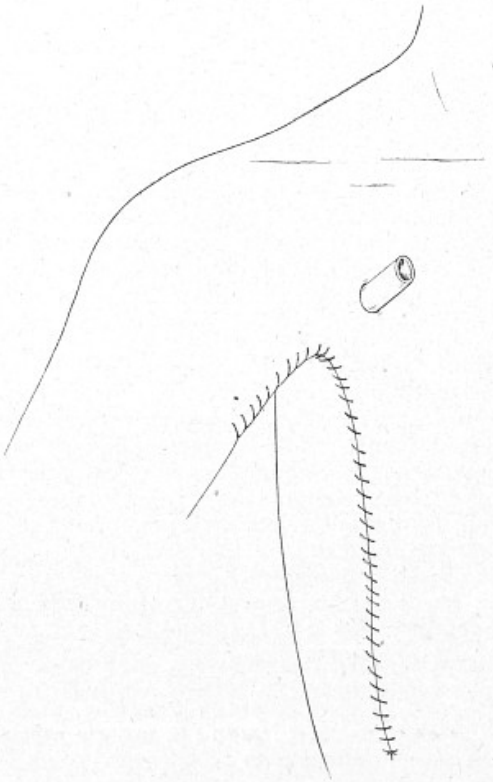


FIGURE 2.

mcd. pour 6 cmc. de tissu suspect). Dans quelques cas le drain en caoutchouc fut seul appliqué au moment de l'intervention et des tubes de radium y furent glissés quelques jours plus tard ; cette technique fut abandonnée dans la suite (v. fig. 1, 2, 3).

Dès que la plaie opératoire est fermée, nous la traitons au moyen de la Rœntgenthérapie profonde (40 cm. étincelle ég. : 3 millis, filtre : 0,5 mm. zinc. + 1 m m. aluminium, distance focale : 30 cmc. Appareil : symétrie, 3000 à 4000 R par champ en 1 à 3 jours champs généralement de 11 + 16). Les creux sus- et sous-claviculaires sont irradiés de même devant et derrière.

Nous sommes convaincus que cette technique est susceptible de nombreuses améliorations ; aussi pratiquons-

© BIU Santé

nous maintenant une irradiation plus uniforme des régions traitées au moyen de plusieurs chaînes de tubes de radium plus faibles laissés en place 2 à 3 jours et nous pratiquons cette même technique en d'autres endroits suspects d'envahissement néoplasique par exemple les voies lymphatiques situées le long du bord externe du grand dorsal ainsi que le prof. De Beule le pratique déjà

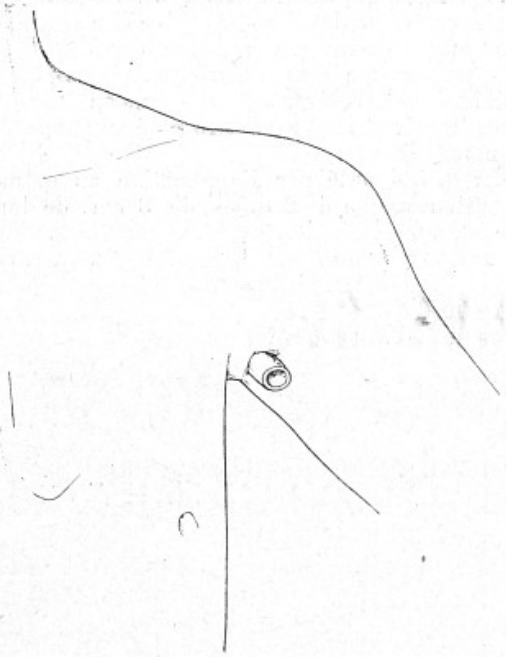


FIGURE 3.

depuis plusieurs mois (1 c.). Le seul but de notre communication est de donner un aperçu sur la valeur d'une technique employée par nous pour des cas datant déjà d'un certain nombre de mois, même d'années et qui n'ont pas bénéficié des perfectionnemente que nous y avons apportés ultérieurement.

Suivant la méthode du début que nous venons d'exposer nous avons traité en 1920-1921-1922 : 17 cas parmi lesquels plusieurs malades qui présentaient une large ulcération au niveau du sein et de volumineux ganglions dans l'aisselle :

2 cas datent de 1920.
6 cas datent de 1921
9 cas datent de 1922.

De ces cas sont morts pour :

1920 : 2 sur 2.
1921 : 2 sur 6.
1922 : 1 sur 9.

2 cas datant de 1922 sont suspects de récidive.

Restent cliniquement guéris, après un espace de temps d'au moins 10 mois, pour :

1921 : 4 sur 6.
1922 : 6 sur 9.

Sur 17 cas de radiumdrainage de cancer du sein après amputation nous obtenons 10 guérisons cliniques soit 58 % ; dans la majorité de ces 10 cas l'envahissement cancéreux put être nettement démontré microscopiquement dans les ganglions sous-claviculaires et axillaires.

Deux constatations nous semblent d'importance clinique : la tolérance des vaisseaux sanguins vis-à-vis de ces radium-drainages d'une part et les complications post-opératoires faciles telles que l'infection et les difficultés de guérison de la plaie opératoire d'autre part.

Nous n'avons jamais vu surgir au cours de ces radium-drainages des hémorragies quelque peu importantes même dans deux cas où des ligatures avaient dû être posées sur la paroi des grandes veines. L'érysipèle a surgi dans 4 cas ; il semble bien que la guérison parfois retardée de la plaie opératoire au niveau de l'endroit où elle croise la filière de tubes de radium favorise l'infection, mais ce ne nous semble pas démontré de façon décisive. Nos cas nous ont prouvé que le radiumdrainag permet d'obtenir des guérisons cliniques durant plus d deux ans dans des cas chirurgicalement inopérables. Nou estimons que dans les cas de cancer du sein la combinai son de la chirurgie et de la curiethérapie est indiquée e qu'il y a lieu de perfectionner cette thérapeutique dan le sens d'une irradiation plus homogène et plus étendu par tubes de radium que celle que nous avons faite nous croyons aussi que la radium-chirurgie doit être complétée par la rœntgenthérapie, de façon plus spéciale; au niveau des endroits de la cicatrice opératoire qui échappent à l'action du radiumdrainage.

BIBLIOGRAPHIE

(1) P. DE BACKER. — *Journal belge de radiologie*, 1920, vol. IX, fascicule III, p. 129 à 135.

(2) F. DE BEULE. — *Journée du Cancer*, Gand, mai 1924.

(3) F. DE BEULE. — *Bull.* de l'Académie Royale de médecine de Belgique, 1924, tome IV, n° 5.

(4) NEUMANN et CORYN. — *Le Cancer*, mars 1924.

(5) I. B. MURPHY, J. MAISIN et E. STURM. — *Bull.* de l'Association française pour l'étude du cancer février 1924.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis [1]

Par **Marcel PINARD**
Médecin des hôpitaux.

Tout d'abord, sans nous étendre longuement sur les méfaits de la syphilis, rappelons sa gravité au point de vue du produit de la conception. D'après les statistiques de Fournier, nous trouvons pour la statistique de ville, c'est-à-dire concernant des malades relativement dans de bonnes conditions au point de vue surveillance et traitement, sur 527 grossesses 239 avortements, c'est-à-dire 43 %, statistique éminemment favorable parce qu'il s'agit de malades très suivies et soignées.

A l'hôpital, c'est-à-dire dans des conditions semble-t-il plus défavorables les malades étant plus négligentes et moins bien suivies de par leur faute, sur 184 grossesses, 125 morts, c'est-à-dire une proportion considérable de 87 % de mortalité.

Si au contraire on prend des malades non traitées, on trouve un chiffre beaucoup plus considérable encore de 92 % pour des syphilis récentes.

Avant la guerre, — et nous pouvons prendre cette date parce que c'est en somme quelques années avant la

(1) Leçon faite à la clinique Baudelocque dans le service de M. le Pr COUVELAIRE et recueillie par Mlle Ducro.

© BIU Santé

guerre que les nouvelles médications sont entrées en vigueur — avant la guerre, M. Sauvage avait fait une statistique importante au point de vue des résultats qu'on obtenait avec les moyens alors en usage, c'est-à-dire les traitements hydrargiques, soit en ingestion, soit en injections de sels solubles de benzoate de mercure ou de biiodure de mercure avec cures d'iodure de potassium.

M. Sauvage avait fait sa statistique dans différents services d'hôpitaux et avait conclu que, malgré le traitement mercuriel et ioduré, on avait encore une mortalité considérable avoisinant le chiffre de 80 %, il en concluait que le traitement qui était en usage était véritablement insuffisant.

Les choses se sont un peu améliorées depuis que M. Jeanselme a montré qu'on pouvait traiter les femmes en état de gestation par les injections intra-veineuses arsenicales. A l'heure actuelle nous avons donc un moyen puissant pour arriver à un résultat.

Passons rapidement en revue le mécanisme d'infection chez les femmes, surtout au point de vue qui nous intéresse, au point de vue de la gestation.

Vous savez qu'il y a une manière habituelle de contracter la syphilis. Il faut pour cela une plaie contenant du tréponème, plaie primaire ou secondaire, ce sont en effet les accidents primaires ou secondaires qui contiennent le plus de tréponèmes tandis que les accidents tertiaires qui sont des accidents disciplinés, localisés, n'en contiennent qu'une petite quantité et contaminent pratiquement beaucoup moins souvent. Ils peuvent néanmoins le faire ainsi que l'a démontré en clinique Landouzy et expérimentalement Finger et Landsteiner qui ont pu reproduire des accidents syphilitiques chez des singes par inoculation de produits tertiaires.

Par conséquent, le mécanisme habituel de la contamination, syphilitique, est réalisé par des plaies contenant des tréponèmes mises en contact avec une érosion de la peau ou des muqueuses.

Or chez les femmes les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il est extrêmement fréquent de voir des femmes atteintes de syphilis, ainsi que le prouvent des accidents ultérieurement observés, chez lesquelles on n'a pu déceler le moindre signe de contamination. Il en arrive surtout ainsi chez des femmes mariées à des syphilitiques anciens, souvent plus ou moins traités, dont les accidents virulents paraissent éteints, la contagion paraît n'avoir pas existé chez leur femme qui, pourtant met au monde des enfants chez lesquels on peut prouver que l'infection hérédo-syphilitique existe. Mais si l'infection existe chez l'enfant, elle existe aussi chez la mère qui l'a porté pendant 9 mois.

Ces faits d'ailleurs sont connus de longue date par la fameuse loi de Baumès, reprise par Colles : une femme ayant mis au monde un enfant hérédo-syphilitique, pouvait, même si elle semblait ne pas être syphilitique, nourrir son enfant, elle ne risquait pas d'être contaminée. Or, cela tient à une chose très simple, c'est que la femme est contaminée également. Nous le savons à l'heure actuelle parce que dans beaucoup de cas la sérologie est positive, parce que ces femmes feront ultérieurement des accidents spécifiques ou des accidents tardifs d'hypertension artérielle, d'aortite, qui autrefois passaient si souvent inaperçus et que nous pouvons rattacher maintenant à leur véritable cause.

Le mécanisme avait été expliqué autrefois parce qu'on avait appelé la syphilis conceptionnelle. On disait : la femme n'est pas contaminée par les voies ordinaires, elle ne présente pas de chancre, mais l'œuf est infecté et donne ensuite l'infection à la mère à travers le placenta-filtre mais filtre imparfait. Cette théorie de la syphilis conceptionnelle a été battue en brèche de nos jours, notamment par Carles, de Lyon, mais elle ne mérite véritablement pas d'être supprimée d'un trait de plume, car les choses semblent se passer comme si elle existait.

Nous l'avons dit tout à l'heure on voit très fréquemment des femmes n'ayant présenté aucun signe d'infection mettre au monde un enfant hérédo-syphilitique. Comment se trouvent-elles contaminées ?

Dans certains cas il nous a été donné de suivre de très près des femmes mariées à un syphilitique traité de façon effective, si bien qu'on pouvait penser d'après le traitement suivi qu'il était matériellement impossible que le malade présentât une ulcération spécifique en évolution. Tant qu'une gestation ne se produisait pas, la femme paraissait indemne de syphilis, mais dès qu'elle devenait enceinte, on pouvait mettre en évidence la contamination syphilitique par la sérologie qui devenait de plus en plus positive, et sans qu'aucun signe extérieur ne soit venu la trahir.

Comment peut donc se faire cette contamination, puisque l'homme a été bien traité et que la femme prévenue a pu prendre toutes les précautions habituelles ; il existe donc chez l'homme traité ainsi de façon intensive, qui n'a plus d'accidents érosifs, un réservoir de tréponèmes. Où peuvent être ces tréponèmes ?

Ces tréponèmes peuvent être dans le sperme. En effet, avec Hoch nous avons entrepris des études à ce sujet. Nous avons examiné le sperme à l'ultra-microscope d'abord puis nous avons repris la question, en colorant les tréponèmes par le Fontana-Tribondeau. Nous avons été surpris de voir des tréponèmes en abondance.

D'autres auteurs ont appuyé cette démonstration en inoculant du sperme à des singes et en obtenant des résultats positifs, par conséquent fait extrêmement important et extrêmement intéressant au point de vue qui nous occupe, le sperme contient des tréponèmes.

Où sont ces tréponèmes ?

Malheureusement nos recherches ont été faites surtout à l'aide d'imprégnations à l'argent qui nous donnaient de belles préparations au point de vue tréponèmes, des spermatozoïdes, dont la tête était imprégnée en noir de sorte que nous avons bien vu les tréponèmes extra-cellulaires mais que nous n'avons pu nous rendre compte s'i existait des tréponèmes intra-cellulaires. Or la chose n'est pas impossible, car s'il y a des tréponèmes qui par leur longueur ne peuvent pas être inclus dans la tête du spermatozoïde, il y en a de courts. Et de plus le tréponème peut exister dans une cellule plus petite que lui-même car il peut s'enrouler alentour de la cellule. Théoriquement il n'est pas impossible que le tréponème soit contenu à l'intérieur du spermatozoïde, mais s'il n'est pas démontré qu'il peut s'y trouver, il est en tous cas prouvé qu'il existe dans le sperme. Par conséquent on peut imaginer ce tréponème accompagnant le spermatozoïde, accolé à lui et passant dans les voies génitales de la femme, et il est à craindre que si à ce moment il rencontre une écorchure, il donne des accidents locaux : un chancre visible ou non, mais s'il n'en rencontre pas, alors la contamination ne se fait pas.

Si alors l'ovule est fécondé par un spermatozoïde traînant avec lui des tréponèmes, cet œuf infecté va pouvoir se développer. On peut donc concevoir que la femme n'étant pas encore infectée ait *in utero* un œuf qui, lui, est parasité. Ce serait alors une véritable syphilis conceptionnelle, le tréponème se développant et passant à tra-

© BIU Santé

vers le placenta. D'ailleurs les recherches de Levaditi et Sauvage ont montré qu'il y avait plus de tréponèmes dans le placenta fœtal que dans le placenta maternel.

Donc, avant de jeter par dessus bord la vieille théorie de la syphilis conceptionnelle, devrons-nous dire que si elle n'est pas démontrée, tout se passe comme si elle existait.

En pratique, l'origine la plus fréquente de la syphilis héréditaire est maternelle, celle-ci l'ayant reçue du père.

Le plus souvent donc la syphilis vient du père et de la mère, mais les cas où la mère seule est atteinte avec père indemne se présentent en pratique ; nous en avons déjà observé dans lesquels le père a contracté la syphilis, dans un cas, deux ans après la naissance de son enfant hérédo-syphilitique.

Par conséquent influence des deux parents, de la mère seule et également influence des grands-parents, naturellement par l'intermédiaire d'un des procréateurs.

Nous avons observé ici avec le Pr Couvelaire une parturiente n'ayant aucun signe pathologique qui mit au monde un enfant bien constitué, absolument sain, mais avec un gros placenta qui avait provoqué une enquête. Fait assez curieux d'ailleurs, le père de la jeune femme qui, sans être médecin, avait quelques connaissances médico-obstétricales avait réclamé cette enquête. Elle porta surtout sur le gendre à la demande du beau-père. Le gendre fut reconnu indemne de toute syphilis héréditaire ou acquise, ses analyses de sang étaient absolument négatives par les méthodes les plus sensibles. Il en fut de même pour la jeune femme ; elle ne présentait aucun signe clinique ou sérologique anormal. Alors l'enquête gravit un échelon et porta sur le grand-père qui l'avait réclamée et révéla qu'il avait eu la syphilis.

En même temps, l'enfant dépérit, sa courbe de poids avait diminué et les choses ne se rétablirent que lorsqu'on eut soumis l'enfant à un traitement qui en l'occurence fut mercuriel et donna une véritable résurrection.

Rappelez-vous que si vous ne trouvez rien chez les parents et que vous ayez cependant des signes de certitude ou de doute de syphilis chez l'enfant vous devez faire porter l'enquête sur les grands-parents et dans quelques cas vous trouverez chez eux ce qui n'était pas décelable chez les procréateurs.

En pratique, comment les choses se passent-elles ?

La plupart du temps, c'est au moment de la gestation que l'attention est éveillée du côté d'une syphilis possible chez les procréateurs ou bien les grands-parents, et ce sont surtout des incidents de gestations antérieures qui nous mettent sur la voie et qui font faire les enquêtes cliniques et sérologiques ; dans ces enquêtes il faut donner la plus large place à l'enquête familiale et dans certains cas, c'est elle seule qui apporte la clef du diagnostic.

Dans les cas où la syphilis est prouvée de façon évidente, ou je dirai même dans les cas où elle n'est que soupçonnée sans qu'on puisse en avoir la preuve absolue (par exemple deux ou trois fausses couches survenues sans aucune raison génitale ou autre pouvant les expliquer), dans ces cas de doute il est préférable de mettre la femme au traitement car souvent ces faits sont expliqués par une syphilis des grands-parents. Quel traitement va-t-on installer ?

Je vous ai rappelé les statistiques de Sauvage qui avait montré que le traitement mercuriel donnait évidemment quelques bons résultats, des résultats moyens, peut-on dire, mais que dans l'ensemble il n'était pas suffisant, ou en tous cas fort inférieur au traitement arsenical que nous savons mettre en œuvre depuis les premiers essais du Pr Jeanselme.

C'est donc au traitement arsenical qu'on aura recours quand les examens pratiqués sur une femme montreront qu'elle peut le tolérer, c'est-à-dire après examen de ses urines, de son foie et de ses surrénales. Dans les cas où il y aura des signes d'insuffisance de ses organes, on pourra, soit par un régime ou un traitement approprié au point de vue hépatique, soit par des injections d'adrénaline, arriver à faire très bien tolérer le traitement arsenical par la malade.

Comment va-t-on procéder ?

Il faut pratiquer chez la femme en état de gestation, et aussitôt que possible, le traitement par injections intraveineuses de novarsénobenzol, en commençant par des doses de 0,15 grammes pour la première injection.

2 ou 3 jours après on passera à la dose de 0,20 centigrammes.

2 ou 3 jours après, on arrivera à la dose de 0,30 centigrammes, puis ensuite à 0.45, puis 0,60, 0,75 centigrammes et on fera les dernières doses de la série à 0,90 centigrammes, pour une femme pesant 60 kilos environ.

On peut rapprocher les premières injections ; on compte en effet 24 heures pour l'élimination de 0,15 centigrammes, par conséquent on pourra ne mettre qu'une journée d'intervalle entre la première et la deuxième injection, mais en arrivant aux doses plus fortes on pourra mettre un intervalle d'environ 6 jours entre elles.

Il est évident que dans les dispensaires on ne peut pas serrer toutes les injections, car il y a des jours spéciaux consacrés aux malades et au traitement, et en pratique nous sommes obligés de faire les injections à une semaine de distance, sauf cependant pour les trois premières qui se font, quand la chose est possible, dans la première semaine.

On arrivera à faire ainsi une série de 8 injections. On pourra n'atteindre que la dose de 0,75 centigrammes, si la femme est d'un poids inférieur à 60 kilos, mais même si elle a un poids inférieur, est robuste et supporte bien le traitement, on aura toujours avantage à aller jusqu'à la dose efficace, c'est-à-dire à la dose d'un centigramme et demi par kilo., mais il faut pour cela que les émonctoires de la femme soient en parfait état.

La première série d'injections étant effectuée, on donnera à la femme un repos thérapeutique de trois semaines exactement 21 jours et on reprend alors une deuxième série d'injections avec augmentation de la dose initiale. Alors que dans la première série on avait commencé à 0,15, 0,20, 0,30 centigrammes, dans la seconde on commencera à 0,30 centigrammes. On passe ensuite à 0.45, 0.60, 0,75 en faisant la dernière injection, pour arriver à une série de 8 injections, à la dose de 0,90 centigrammes. A ce moment nouvelle interruption de trois semaines (21 jours) et on recommence une troisième série.

Pour cette 3e série d'injections, la dose initiale sera de 0,45 centigrammes, pour continuer à 0,60, 0,75 et les dernières de la série à 0,90 centigrammes.

Lorsqu'on a le temps de faire ces trois séries d'injections, on peut être assuré que le résultat sera parfait, et même dès qu'on aura pu faire deux séries, car après la première série on peut encore observer des échecs. Je m'explique : vous savez combien les fausses couches de la syphilis secondaire sont fréquentes vers le 3e mois, il est certain que si on commence le traitement alors que le fœtus est déjà extrêmement touché ou même quelquefois mort, la fausse couche se produira malgré le traitement

© BIU Santé

effectué. Il ne faudra donc pas dans ces cas incriminer ce traitement et l'accuser d'avoir provoqué la fausse couche, il ne l'a pas empêchée, voilà tout ce qu'on peut dire.

Ici je dois cependant ouvrir une parenthèse, car mon ami Gougerot a signalé ce qu'il a appelé la crise nitritoïde utéro-placentaire.

Suivant lui, le traitement peut déterminer des crises portant sur l'appareil génital provoquant l'expulsion du produit de la conception. Il apporte à sa thèse quelques observations de malades traitées de façon tardive, dans des conditions un peu défavorables car dans certains de ces cas il y avait des malades de province qui retournaient chez elles avec un traitement prescrit qui ne fut pas toujours appliqué dans toute sa rigueur pour différentes raisons, de sorte qu'il se produisit peut-être là une véritable réactivation par insuffisance du traitement qui n'a pas empêché la fausse couche.

Je ne crois pas à la crise nitritoïde utéro-placentaire ; en tous cas, même si ce fait existait, il serait si rare, qu'en pratique on peut le considérer comme négligeable. Nos statistiques établies depuis 1919 montrent que ce sont des accidents qui ne se présentent pour ainsi dire pas en pratique.

Dans d'autres cas, ce ne sera pas au moment de la gestation que nous pourrons intervenir, mais beaucoup plus tard, à la naissance de l'enfant. Rien n'avait été fait jusque-là, et à ce moment on s'aperçoit que l'enfant est hérédo-syphilitique.

Là encore, au point de vue prophylaxie de l'hérédo-syphilis notre devoir c'est de traiter immédiatement cet enfant, dès les premières heures. Quel traitement allons-nous employer ? Allons-nous utiliser les traitements d'autrefois : la poudre mercurielle, la poudre grise, la solution de la liqueur de Van Swieten, ou encore recourir au traitement si en honneur chez les médecins d'enfants : le traitement par frictions mercurielles ?

On pourra y recourir dans des cas exceptionnels, car évidemment ces traitements améliorent les accidents, quoique nous ayons le souvenir d'avoir vu ici de jeunes enfants suivis avec le Dr Sellet auxquels on donnait jusqu'à 100 gouttes de lactate de mercure qui avaient encore des plaques muqueuses en évolution dans lesquelles on a retrouvé des tréponèmes.

On aura donc recours à des traitements plus constants aux traitements arsenicaux et on peut très bien faire aux nouveau-nés des injections d'arséno-benzol en commençant par des doses faibles pour aboutir à des doses d'un centigramme 1/2 par kilo avec l'arsénobenzol type 914 ou 1 centigramme par kilo avec l'arsénobenzol type 606.

Blechmann a montré que les injections intra-veineuses étaient faciles à faire chez le nourrisson dans les veines épicrâniennes ou dans l'externe jugulaire ou dans le sinus longitudinal supérieur (Tixier). Mais si ces injections sont faciles à faire chez le nouveau-né dans la clientèle hospitalière, en clientèle de ville, elles sont excessivement dificiles. En effet en ville, l'aide, c'est la mère généralement, or elle est émotionnée par la petite intervention et si elle voit ponctionner le crâne de son enfant, elle sera affolée et incapable d'être utile. Il en sera de même si on veut faire une injection dans la jugulaire. Par conséquent, nous avons renoncé à en faire une méthode véritablement pratique pour recourir à la méthode sous-cutanée.

Chez l'adulte cette méthode sous-cutanée n'est pas aussi bonne que la méthode intra-veineuse. Parce qu'on est obligé, de faire de grosses doses qui sont douloureuses. Elles sont moins douloureuses chez les jeunes enfants parce que les doses sont plus faibles.

Il y a une variété de médicaments du groupe sulfarsénol, sulfotréparsénan qui sont heureusement bien tolérés sous la peau dissous dans l'eau distillée et qu'on peut injecter à hautes doses, que nous allons vous indiquer.

Avec mon ami Pierre Girand nous avons essayé le traitement par le sulfarsénol chez les nouveau-nés et voici la progression, que nous pratiquons. Quelques auteurs (M. J. Renaut) conseillent en effet de pratiquer la première injection chez le nouveau-né à dose très forte : 1 centigramme ou 1 cgr. 3/4 par kilo ; ce procédé, quand il réussit, est excellent, car plus la dose est forte au point de vue arsenical, meilleurs sont les résultats, mais quand on commence par de grosses doses chez un enfant ou chez un individu, quel que soit son âge, mais profondément infecté, on risque une réaction extrêmement violente pouvant même, dans certains cas amener des phénomènes méningés et la mort.

Presque tous les syphiligraphes à l'heure actuelle ont donc abandonné cette méthode et commencent le traitement par des doses faibles. Prenons par exemple un enfant né ici à terme en mai 1921 pesant 3 k. 850, avec un placenta de 770 grammes, présentant un foie augmenté de volume, une rate perceptible, des lésions érosives dans lesquelles on a pu mettre en évidence le tréponème et faire par conséquent un diagnostic évident de syphilis. Le Hecht de l'enfant était positif.

Cet enfant qui pesait 3 k. 850 à sa naissance, ne pesait plus que 3 k. 600 quand nous avons commencé le traitement.

Nous avons ainsi progressé :

la première injection	à	5	milligrammes
la 2e »	à	1	centigramme
la 3e »	à	1	cgr. 1/2
la 4e »	à	2	cgr.
la 5e »	à	3	cgr.
la 6e »	à	4	cgr.
la 7e »	à	5	cgr.
la 8e »	à	6	cgr.
la 9e »	à	7	cgr.
la 10e »	à	7	cgr.

Ces injections avaient été faites environ tous les 5 à 7 jours.

Le poids de l'enfant qui était de 3k. 600 à la première injection, est passé à 6 k. 080 à la fin de la série, il s'était donc bien développé.

Nous l'avons laissé trois semaines au repos et nous avons recommencé une deuxième série.

L'enfant pesait à ce moment 5 k. 850.

2e série aux doses suivantes.

1re injection		0.01	centigramme
2e	»	0,02	»
3e	»	0,03	»
4e	»	0,04	»
5e	»	0,05	»
6e	»	0,06	»
7e	»	0,07	»
8e	»	0,08	»
9e	»	0,10	»
10e	»	0,10	»

Poids de l'enfant 7 k. 550 :

Un examen sérologique fut fait après le repos de 21

© BIU Santé

jours par la méthode de Hecht, décriée par certains mais adop ée aussi par beaucoup d'autres qui n'ont jamais eu qu'a s'en louer.

Le Hecht avait donné 0 0 :

Après 21 jours d'arrêt une troisième série fut pratiquée : poids de l'enfants 7 k. 850 au commencement.

1re	injection	à 0,02	centigrammes
2e	»	0,03	»
3e	»	0,05	»
4e	»	0,07	»
5e	»	0,08	»
6e	»	0,08	»
7e	»	0,09	»
8e	»	0,12	»
9e	»	0,12	»
10e	»	0,12	»

Le poids est passé à 8 k. 780

Un examen sérologique fait toujours après un repos de 21 jours a donné une deuxième réaction négative par la méthode de Hecht : 0. 0.

Ultérieurement, nous fîmes à l'enfant une réactivation arsenicale, c'est-à-dire une injection de sulfarsénol à petites doses de 4 centigrammes.

15 jours après, un Hecht qui, fut de nouveau négatif : 0. 0.

Enfin la ponction lombaire qui nous donnait un liquide normal comme couleur, coulant sous une tension en gouttes normales.

Albumine du liquide céphalo-rachidien : 0,17 centigrammes.

Lymphocytes : 0.

Wassermann du liquide céphalo-rachidien complètement négatif.

On peut objecter que la guérison n'était pas obtenue d'une façon certaine, peut-être, mais par tous les moyens de clinique et de laboratoire actuellement connus, cet enfant ne présentait plus aucun signe de syphilis : nous étions donc en droit de suspendre le traitement, mais en droit aussi de continuer à le surveiller en le faisant revenir de temps en temps, pour refaire des examens cliniques et sérologiques et d'intervenir à nouveau si besoin était. Mais quand on a soumis un enfant à une méthode de contrôle si rigoureuse, on peut considérer qu'il est guéri, avec toujours ce correctif de le surveiller et de le suivre.

Nous venons donc de passer en revue le traitement des accidents syphilitiques chez la femme en état de gestation, puis chez l'enfant, mais avons-nous véritablement envisagé d'une façon correcte le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis ?

Cette manière de faire deviendra, nous l'espérons bientôt du domaine de l'histoire, car c'est malgré tout une mauvaise besogne, évidemment les résultats sont bons par rapport à ce qui se passait autrefois. Mais ce qu'il faut obtenir c'est par une éducation suffisante des médecins, du public, arriver à ce résultat qu'on ne procréera que quand on ne sera pas syphilitique. Pour ceux qui ne le sont pas, il n'y a pas à s'en préoccuper, mais que doivent faire ceux qui le sont ?

Il faut qu'avant de procréer ils ne soient plus syphilitiques, qu'ils se mettent dans les conditions de la guérison, et je crois fermement à la guérison de la syphilis.

Que devrons-nous faire ? Le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis, c'est le traitement de la syphilis tout court. Avant toute procréation lorsque l'éducation du public sera suffisamment faite, ce n'est plus chez la femme en état de gestation, ou chez l'enfant atteint de papules que l'on aura à intervenir.

On se rend compte d'ailleurs qu'il y a déjà une évolution dans les mœurs. Il nous est déjà arrivé de voir des jeunes filles venir nous trouver alors qu'elles étaient sur le point de se marier en disant : « J'ai appris que mon père avait eu la syphilis, suis-je dans des conditions à contracter mariage » ? Il est certain qu'il y a 20 ans on n'aurait jamais entendu une pareille demande. Et bien, il faut que ces faits se développent encore, il faut qu'on parle de la syphilis de façon plus ouverte qu'on ne le faisait autrefois et qu'on considère comme tout naturel d'aller chez le médecin demander un examen à ce point de vue afin d'être certain qu'il n'y a ni syphilis héréditaire ni syphilis acquise.

Je parle là aussi bien pour les jeunes hommes que pour les jeunes filles, car la syphilis héréditaire est quelquefois aussi mauvaise que la syphilis acquise et même elle est plus redoutable dans la famille, car cette syphilis héréditaire des grands-parents est la grasse pourvoyeuse des malformations congénitales, des luxations congénitales de la hanche, des pieds-bots, scolioses etc., déformations supportées si difficilement par les sujets et encore plus difficilement par les familles.

Le véritable traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis est donc le dépistage de la syphilis héréditaire ou acquise avant le mariage et quand elle est découverte, qu'elle soit en évolution ou torpide on n'aura le droit de donner permission au mariage que quand, par tous les moyens d'investigation actuellement connus, tous les signes de l'infection auront disparu.

On objectera dans ces cas qu'on ne peut pas être mathématiquement certain de la guérison, et que chez ces malades qui ont subi avec succès tous ces moyens de coutrôle, on en trouvera un sur 100 ou sur 1000 qui présentera ultérieurement des accidents. C'est possible, mais la formule que je viens de vous indiquer reste vraie et tout en étant imparfaite, elle se rapproche le plus de la perfection ; en tous cas s'il y a des exceptions, elles seront infiniment rares, beaucoup moindres qu'avec les anciennes lois qui permettaient le mariage aux syphilitiques suivant les lois de Fournier.

Que doit-on faire en présence d'un sujet qui vient demander l'autorisation de se marier ?

Il faudra l'examiner cliniquement et sérologiquement, et s'il présente des signes de l'infection, il faudra le soigner.

Quand cliniquement il n'y aura plus aucun signe de syphilis mais que sérologiquement il y aura un Wassermann, un Hecht ou un Desmoulières positif, il faudra entreprendre le traitement par la méthode des injections arsenicales régulièrement suivies en adoptant les arsénobenzènes ou les néoarsénobenzènes et nous ferons : arsenobenzol type 914 :

1re série : 0,15, 0,20, 0,30, 0,45, 0,90, 0,75, 0,90, 0,90 centigrammes.

21 jours de repos.

1 Hecht : positif.

2e série : 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, et quatre doses à 0.90 ou d' 1 gr. 05 si on a affaire à un individu robuste avec des émonctoires en parfait état, ou si le poids du sujet nécessite cette doses.

21 jours de repos. — Nouvelle analyse de sang :

Hecht : 0 + positif partiel

3e série : 0,45, 0,00, 0,75, 0,90, 0,90, 0,90, 0,90, 0,90,

21 jours d'arrêt : Hecht négatif 00

© BIU Santé

4e série : 0,60, 0,75, et les autres doses à 0,90, ou 1 gr. 05

Combien de temps doit-on continuer le traitement ? En pratique on fait autant de séries après le premier Hecht négatif obtenu qu'il en a fallu pour l'obtenir. Ainsi si nous l'avons obtenu après la troisième série, nous ferons donc encore 3 séries. Puis on mettra le malade une année à un traitement plus doux et plus facile à suivre qui sera en somme un traitement d'observation.

On fera une série de 12 à 15 injections d'un sel de bismuth de 25 à 30 centigrammes de bismuth métal par semaine. Cela dure donc en pratique 6 à 8 semaines avec des repos de 8 semaines intercalaires. Le malade étant observé pendant un minimum d'une année, cliniquement et sérologiquement, lorsqu'après cette période de traitement moins intensive, si aucun signe clinique ne s'est révélé, si aucune réaction sérologique n'a été positive, vous aurez le droit de procéder chez lui au constat de guérison. Alors il faudra lui faire une réactivation arsenicale (Milian) de 30 centigrammes de novarsénobenzol suivie d'une nouvelle analyse qui devra être négative. Ensuite il faudra procéder à une rachicentèse qui devra être normale dans ses éléments :

Tension du liquide céphalo-rachidien ;

Lymphocytose qui ne devra pas dépasser 1,5 ;

Recherche de l'albumine qui doit être de 25 à 28 centigr;

Wassermann du liquide céphalo-rachidien qui devra être absolument normal ainsi que le benjoin colloïdal.

Cette réactivation doit se faire au bout de combien de temps ?

Si vous avez affaire à une syphilis récente traitée dès le début, vous pouvez vous contenter d'une observation d'une année ; mais si la syphilis est ancienne je vous conseille de porter le temps d'observation à 2 ans. Alors si tout est négatif, si le constat de guérison est affirmatif, vous aurez le droit d'autoriser le mariage parce que toutes les méthodes d'investigation connues actuellement et les plus sensibles ont prouvé qu'il n'existait plus aucun signe de syphilis. On peut donc penser que le malade est guéri, et autoriser le mariage.

Voyons maintenant les résultats donnés par le traitement chez les femmes en état de gestation.

Notre statistique de 1921 publiée par le Pr Couvelaire est peut-être la plus intéressante à ce point de vue.

21 femmes traitées avant et pendant la gestation ont donné 21 enfants vivants, enfants morts : 0.

29 femmes traitées régulièrement pendant la gestation, mais dont certaines n'ont eu que deux séries, fournissent déjà un léger déchet, car ces 29 femmes ont donné : 27 enfants vivants et 2 enfants morts.

Dans un troisième groupe nous avons :

36 femmes qui ont eu un traitement incomplet, n'ayant reçu qu'une seule série, ont donné :

33 enfants vivants et 3 enfants morts.

Enfin, 16 femmes qui ont été insuffisamment traitées, ayant reçu moins d'une série complète de néosalvarsan, ont donné un déchet beaucoup plus considérable avec :

9 enfants vivants et 7 enfants morts.

Et dans le même temps :

53 femmes reconnues infectées de syphilis floride ou latente et non traitées ont donné naissance à :

20 enfants vivants et à 33 enfants morts.

Des dispensaires et des maternités anti-syphilitiques ont été créés dans d'autres maternités notamment en province sur le modèle de celui que M. le Prof. Couvelaire a fait instituer ici. L'un d'eux à St-Etienne, a publié la statistique suivante :

Du 1er janvier 1922 au 30 avril 1923, il s'est présenté à ce dispensaire de St-Etienne 55 femmes.

Ces 55 femmes n'avaient pas encore été traitées et ont donné avant tous soins : (dans toutes les années qui ont précédé) :

48 fausses couches, 32 enfants morts et 21 enfants vivants,

Elles ont été traitées du 1er janvier 1922 au 30 avril 1923, or ces 55 femmes traitées ont donné naissance à 22 enfants vivants, 2 enfants morts, avec une fausse couche.

Vous voyez quel changement et la conclusion de MM. Dujol et Laurent est la suivante : en une seule année ces 55 femmes ont eu plus d'enfants vivants que dans le passé ; elles n'ont donné qu'une seule fausse couche et seulement deux enfants morts, par cause obstétricale d'ailleurs.

Par conséquent nous pouvons conclure en disant qu'à l'heure actuelle nous devons dépister la syphilis d'une façon extrêmement rigoureuse chez la femme en état de gestation parce que nous sommes encore à un stade de l'histoire où il est nécessaire de le faire ; nous devons examiner avec le plus grand soin les enfants à leur naissance afin de rechercher la syphilis héréditaire qui n'aurait pas été reconnue pendant la gestation ; mais tous nos efforts doivent tendre à obtenir par l'éducation des médecins et du public que tout procréateur se fasse examiner avant le mariage, au point de vue de la syphilis acquise ou héréditaire afin que le sujet en âge de se marier puisse le faire dans des conditions d'intégrité absolue.

VARIÉTÉS

Nostradamus, astrologue et médecin

Né à Saint-Rémy-en-Provence, le 14 décembre 1503, Nostradamus étudia les lettres et la philosophie à Avignon, se rendit à Montpellier pour y étudier la médecine, en sortit pour fuir la peste, exerça sans titre régulier dans différentes villes du Midi et revint à Montpellier pour y prendre ses grades et le bonnet de docteur. Bientôt, il s'établit à Agen où l'attirait son amitié pour Scaliger ; puis, ayant perdu sa femme et ses enfants, il quitta cette ville pour parcourir la France et l'Italie.

Vers l'âge de quarante ans, un second mariage le fixa à Salon. En 1546, il est appelé par la communauté d'Aix d'abord, puis, par celle de Lyon, pour y combattre des épidémies pestilentielles dont ces villes étaient infestées, et revient à Salon, où il compose plusieurs ouvrages de médecine. Mais, comme dans ses voyages en Lorraine, il s'était occupé d'astrologie, la pensée lui vint de tirer parti de ses nouvelles connaissances. Il prétendit deviner l'avenir et publia des prophéties en quatrains rimés, divisés en dix centuries. Son *Almanach* fut publié de 1550 à 1566. Toute cette fausse science profita plus à l'auteur que la médecine. Henri II et Catherine de Médicis l'appelèrent à Paris ; Emmanuel de Savoie, sa femme, Charles IX allèrent le visiter à Salon où il mourut en 1566.

Telle fut la vie de cet astrologue-médecin auquel M. Louis Dufour vient de consacrer une thèse qu'a inspirée le professeur Guiart. Comme Rabelais, Nostradamus est un peu de Lyon : il y a exercé la médecine, il y a fait imprimer ses livres et a forgé nombreuses prédictions sur la cité : ce sont là des titres qui justifient amplement une soutenance à la Faculté de Lyon.

Comme médecin, Nostradamus ne doit guère de renommée à sa profession, bien qu'il y ait dans son œuvre plusieurs ouvrages relatifs à la médecine :

Le remède très utile contre la peste et toutes fièvres pestilentielles ..... ; aussi la singulière récepte de l'œuf dont usai l'empereur Maximilien, premier du nom, Paris, 1561. — *Paraphrase de C. Galen (Galien), sur l'exortation de Ménodote aux*

© BIU Santé

estudes des beaux ariz, mémement médecine. Traduit du latin en français, Lyon, 1557. — *Les fardements et les senteurs*, 1552. — *Traité des singulières recettes pour entretenir la santé du corps*. Un livre sur les *Confitures*, 1556-1557.

D'autres, avant Nostradamus, avaient cherché à prédire par l'art d'astrologie ; l'originalité du médecin de Salon fut de pousser ses prédictions jusqu'à la consommation des siècles. C'est ainsi qu'il prédit... la Révolution : « Plus grande persécution sera faicte à l'église chrétienne que n'a esté faicte en Afrique, et durera celte-cy jusqu'à l'an 1792, que l'on cuidera estre une rénovation du siècle. Après commencera le peuple de se redresser et de chasser quelques obscures ténèbres, recevant quelque peu de leur pristine clarté ; non sans grands divisions et continuels changements ». Mais ses prédictions sont innombrables comme les étoiles du ciel et les gouttes d'eau de la mer. Et dans tout ce fatras il est étonnant que Nostredame n'eût pas prédit plus d'événements qui se soient réalisés, il est remarquable qu' « il n'ait pas deviné mieux, comme le dit Ch. Nodier, qu'il n'ait pas deviné plus souvent, qu'il n'ait pas deviné presque toujours ».

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude histologique des kystes paradentaires. La dégénérescence cholestérinique dans les granulomes et les kystes paradentaires. (Henri Croquefer, Thèse de Paris. Edition de la *Semaine dentaire*, Paris.)

L'examen des coupes de granulomes et de kystes paradentaires ayant montré dans le tissu des uns et des autres des plages de dégénérescence cholestérinique un examen plus approfondi de la question permit à l'auteur de se faire une idée de l'importance de ces dégénérescences cholestériniques dans l'évolution des granulomes vers l'état de kystes paradentaires et permit également de constater que les kystes paradentaires augmentaient de volume par dégénérescence faisant suite à des poussées inflammatoires, d'où les conclusions :

1° Les kystes paradentaires proviennent des granulomes suivant un processus dans lequel la dégénérescence cholestérinique joue un rôle important.

2° Les kystes paradentaires évoluent suivant un processus dans lequel la dégénérescence cholestérinique de leurs parois joue un rôle important.

3° On ne peut constater cette dégénérescence qu'en certaines périodes fugitives de la vie des granulomes et des kystes paradentaires.

4° La dégénérescence cholestérinique des granulomes, celle des pseudo-polypes de la paroi des kystes paradentaires rappellent l'évolution des petits cholestéatomes intra-polypeux (des histologistes) de la caisse du tympan.

L'évolution des kystes paradentaires, la dégénérescence cholestérinique de leur paroi, rappelle l'évolution des gros cholestéatomes des cavités tympano-mastoïdiennes des otologistes.

La parenté entre ces affections, pressentie par M. Lemaitre dans son essai de pathogénie des cholestéatomes de l'oreille, nous semble donc nettement démontrée.

Prépuce et circoncision (*Etude historique, esthétique et médico-chirurgicale*) (Victor Doiteau, Thèse de Paris, 1924, Arnette, éditeur.)

Voici la conclusion de cette intéressante thèse sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

« La circoncision rituelle, pratique qui de nos jours est encore très fidèlement observée par les Israélites, les Mahométans et certaines peuplades primitives d'Afrique, d'Amérique et d'Océanie, est une coutume extrêmement ancienne. Elle est sans doute aussi vieille que l'humanité. Cette mutilation ne relève pas d'une prescription hygiènique annexée à des commandements religieux, ainsi qu'on le croit communément. Elle a une portée soit sociale, soit religieuse. Elle représente un rite de séparation (idée de section) qui détache l'individu d'un milieu donné pour l'agréger à un groupement nouveau (social ou religieux). Elle équivaut à diverses mutilations (avulsion d'une dent, section de la dernière phalange du petit doigt, section du lobule de l'oreille, perforation du septum nasal, etc.) que l'on fait subir, pour des buts semblables à des organes qui peuvent supporter de telles opérations sans que la vie du sujet soit mise en danger, ou que son activité physique soit diminuée. La circoncision juive est un signe d'alliance avec Dieu, elle est la marque d'appartenance à une même communauté de fidèles. Dans les tribus nègres de l'Afrique la circoncision des garçons et des filles est généralement un rite de passage de valeur sociale (séparation de la société féminine et enfantine, abandon des jeux, et agrégation des circoncis à la société adulte, début de la période où le mariage peut s'accomplir.)

On a l'habitude de désigner par le mot *circoncision* non seulement l'exérèse rituelle du prépuce mais aussi son ablation médicale, thérapeutique. Il est tout a fait illogique de désigner par le même terme l'acte qui réalise l'exérèse rituelle du prépuce chez les garçons, des *petites lèvres et de la pointe du clitoris chez les filles*, et l'opération qui supprime le prépuce dans un but uniquement médical. Nous demandons qu'on réserve à la circoncision médicale, une appellation particulière ; nous proposons celle de « posthectomie ».

La posthectomie est fréquemment pratiquée par le chirurgien. Elle est partielle ou totale, le plus souvent partielle. Elle a des indications très variées. Les plus fréquentes relèvent des complications du phimosis congénital (qui s'observe seulement chez les jeunes enfants et qui est du à la constitution par le muscle péri-pénien, d'un sphincter à l'orifice préputial) ou des complications du phimosis acquis (produit par la formation d'un anneau scléreux d'origine inflammatoire chez les enfants qui ont un phimosis congénital infecté ou chez les adultes atteints de balano-posthites très diverses, aiguës, subaiguës ou chroniques.)

La posthectomie est pratiquée encore pour le prépuce à trompe (allongement hypertrohique du prépuce) compliqué ou non. Plus rarement elle est indiquee dans la cure des tumeurs bénignes (papillomes, kystes du raphé, etc), ou malignes du prépuce.

La posthectomie, hormis certains cas très spéciaux que nous avons signalés, ne doit pas être totale. Il faut conserver, et cela au nom de l'esthétique, la plus grande partie du prépuce. D'après l'examen des œuvres des artistes anciens et l'opinion qui parait être celle de la plupart des artistes modernes, les deux aspects les plus esthétiques pour le prépuce sont ceux-ci : 1° le prépuce recouvre complètement le gland sans toutefois le dépasser. 2° le prépuce recouvre les 2/3 postérieurs du gland laissant voir par conséquent la pointe du gland et le méat Le premier aspect ne peut être réalisé par la posthectomie que si l'on a beaucoup d'étoffe cutanée, c'est-à-dire seulement lorsqu'on fait la posthectomie pour un allongement hypertrophique du prépuce. Dans la majorité des cas, le chirurgien ne peut réaliser que l'aspect cité en second lieu, qui d'ailleurs, est aussi d'une esthétique parfaite. De plus la cicatrice de la ligne de suture devra être invisible. On ne peut atteindre ces résultats que par des procédés spéciaux, celui de Dartigues et Roucayrol, et le nôtre que nous avons appelé la posthectomie conservatrice.

La posthectomie conservatrice procure des résultats esthétiques, automatiquement, c'est-à-dire de façon constante. Ils sont, en résumé, les suivants :

1° Le gland est recouvert dans ses deux tiers postérieurs ou complètement si l'on a opéré pour un allongement hypertrophique préputial.

2° La ligne de suture est invaginée, donc invisible. Plus tard il ne semble pas que le sujet ait subi une exérèse partielle du prépuce. On ne peut reconnaitre en lui « un circoncis ».

3° Si l'on a fait les sutures avec des fils on n'a aucun pansement à mettre après l'opération, si l'on a employé des serre-fines, ce qui est à préférer, on met un pansement pendant 24 heures seulement.

4° On n'observe jamais d'éversion et de dédoublement du prépuce restant, ainsi que cela se voit parfois lorsqu'on emploie le procédé courant chez les individus dont le muscle péripénien a subi au niveau du prépuce une résorption trop complète vers l'adolescence.

© BIU Santé

NOUVELLES (*Suite*)

Ecole de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira le 17 novembre prochain devant la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Nancy. — La délibération du Conseil de l'Université de Nancy portant création, à la Faculté de médecine, d'un cours d'éducation physique a été approuvée par arrêté ministériel.

Limoges. — Un concours s'ouvrira, le 8 décembre 1924, à l'hôpital Laënnec, à Paris, pour une place de médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Limoges.

La médecine dans le canton de Bâle. — Les électeurs du canton de Bâle viennent d'accepter par 5.791 oui contre 3.592 non, l'initiative instituant la liberté de pratique de la médecine.

Il saut s'attendre à voir affluer à Bâle de nombreux charlatant auxquels les autres cantons n'accordent pas l'autorisation de pratiquer.

Guerre. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1924, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et 5 emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1924. Ceux d'entre eux qui ont subi un retard dans leurs études du fait de la guerre bénéficieront d'une rétroactivité de prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, dans les conditions fixées par le décret du 1er avril 1923.

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois susvisés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'arrêté et d'instruction.

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministère de la Guerre (8e direction, 3e bureau).

Le Conseil général de la Seine a voté les crédits suivants :

Pour travaux complémentaires d'adduction d'eau à l'annexe du Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie (189, rue Vercingétorix), 20.000 fr. ; pour l'achat et l'installation d'appareils d'électricité médicale au même Laboratoire, 300.000 fr., ; pour compléter l'installation du service libre de prophylaxie mentale, 63.750 fr.

La prohibition et la folie. — La prohibition a-t-elle amené une diminution des cas de folie ? Dans *Mental Hygiene*, le docteur Horatio Pollock et miss Edith M. Furbush s'efforcent de répondre à cette question très controversée par l'étude des cas de folie alcoolique traités depuis quinze ans dans les treize hôpitaux civils de l'Etat de New York.

Pour la période 1920-1922 (depuis la prohibition), on ne compte que 541 cas nouveaux, au lieu de 1.601 pour la période 1912-1914. En 1917 s'est produite une légère augmentation « due à l'excitation et aux changements d'habitudes provoqués par l'entrée des Etats-Unis dans la guerre ». Le minimum des cas a été constaté en 1920 (l'année qui a suivi la prohibition).

Mais quel est le nombre de ceux qui cherchent dans les stupéfiants les jouissances dont la prohibition les prive ? Dans une intéressante étude sur la prohibition aux Etats-Unis, parue dans *France-Etats-Unis* de juillet-août, Mme L. Languepin rapporte que, suivant certains journaux, un million d'Américains s'adonneraient à la cocaïne. Il serait intéressant de savoir combien de cas de folie ou de psychopathie cette pratique des stupéfiants a produits jusqu'à ce jour. Cela, l'article de *Mental Hygiene* ne le dit pas. (*Le Figaro.*)

Nécrologie. — Dr Camille Dubard, de Pont-de-Veyle.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

Traitement rationnel et polyvalen de l'hypertension vasculaire

Spécifique des Scléroses artérielles et viscéral

Arthritisme — Uricémie-Goutte — Troubles circulatoires — Ménopause — Néphrites

Antonal

A base de principes dynamogénétiques du Gui Diméthylquinoxanthine Extrait total hépatique

Angine de poitrine — Cardiopathies artérielles — Hémoptysies — Congestions hémorragipares

2 A 3 CACHETS PAR JOUR

Littérature et Échantillons — LABORATOIRES de l'ANTONAL ANGERS - 5 et 7, Rue Henry-Gréville, 5 et 7 - ANGERS

E. C. Ang. 625

LIPOÏDES H. I.

STIMULANT ET ACTIVATEUR des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOCRINOL

INDICATIONS : Aménorrhée, Troubles de la Puberté, Dysménorrhée, Stérilité, Sénilité, Hypoovaries, etc.

4 à 8 pilules par jour

CALMANT ET SÉDATIF des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOLUTÉOL

INDICATIONS : Ménorragies essentielles, Troubles de la castration et de la ménopause, Règles douloureuses.

4 à 8 pilules par jour

LABORATOIRE J.M. ISCOVESCO - 107, Rue des Dames - PARIS-17e

© BIU Santé

ANALYSES

Influence of Mother's Diet During Pregnancy and Lactation on Growth, General Nourishment and Skeleton of Young Rats (Influence du régime maternel pendant la gestation et l'allaitement sur la nutrition et le squelette des jeunes rats). (KORENCHEVSKY et CARR, *Journal of Pathology and Bacteriology* (Edinbourg), juillet 1923, p. 389.)

KORENCHEVSKY et CARR ont trouvé que chez les rats lorsque la femelle est nourrie pendant la grossesse et la lactation avec un régime manquant de vitamines lipo-solubles et de calcium, il y a chez le rejeton une augmentation marquée des désordres de nutrition générale et une modification rachitique du squelette : ces troubles sont maintenus même après la suppression de ce régime.

D'autre part avec un régime riche en lipo solubles et en calcium il y a une décroissance marquées de désordre de nutrition, générale et des modifications rachitiques du squelette ; même si les enfants ont un régime pauvre en vitamine A et même lorsque la mère est mise à ce même régime insuffisant pendant la lactation. Au cours de l'allaitement, une nourriture maternelle riche en lipo-solubles et pauvre en calcium entraîne pour un temps considérable des troubles de la nutrition générale et le développement d'un rachitisme évident chez le rejeton lorsque celui-ci est maintenu à un régime pauvre en lipo-solubles et en vitamines. Ces données expérimentales montrent la possibilité de créer l'apparition de rachitisme et de désordres généraux de la nutrition chez le rejeton malgré le régime maternel.

Henri VIGNES.

Bacterial endocarditis in congenital heart diseases. (Endocardite infectieuse dans les malformations congénitales du cœur). (NORMAN E. CLARKE. *Journal of the Amer. med. Ass.*, 4 août 1923, p. 371.)

L'association d'une endocardite infectieuse avec malformation congénitale du cœur est rare et présente des difficultés de diagnostic sérieuses. L'auteur rappelle une bibliographie très complète où il cite: Horder, Tuley et Moore, Augé et Nobécourt, Abbott, Garrod, Laffitte, Gordon etc., puis il présente un cas personnel. Il s'agit d'un homme de 25 ans qui présentait depuis son jeune âge des palpitations, avait eu des douleurs rhumatismales à 18 ans et une blennorragie à 19 ans. Un de ses frères était mort 48 heures après sa naissance de malformation cardiaque.

En octobre 1922, le malade a une grippe qui dure quelques jours et bientôt peut reprendre son travail. Mais dès le lendemain la fièvre s'élève, irrégulière, à exacerbations vespérales, il maigrit, puis apparaît de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. A son entrée à l'hôpital le malade est amaigri, très pâle, pas de cyanose des lèvres, température irrégulière. L'examen cardiaque permet de constater un thrill violent plus marqué dans les 2e, 3e et 4e espace le long du bord gauche du sternum. Le cœur est dilaté, le bord gauche refoulé vers la ligne axillaire, le bord droit à 5 cm. à droite du sternum. A l'auscultation un souffle systolique râpeux, siégeant au maximum du thrill, perceptible dans le dos. Le pouls a quelques caractères du pouls de Corrigan. Volumineuse ascite, œdème des membres inférieurs, du scrotum et de la paroi abdominale. Urines rares, albumineuses, devenues sanglantes 48 heures avant la mort. Anémie globulaire, l'hémoculture resta négative. Le malade meurt 12 jours après son entrée à l'hôpital : l'œdème s'était généralisé et on avait noté des râles congestifs de la base gauche mais jamais d'embolies.

(*Voir la suite page* 494).

VOIES URINAIRES - REINS - VESSIE

BLENNORRAGIE
CYSTITE

VADÉROL

PROSTATITES
PYELITHES

COMBINAISON
Héxaméthylènetétramine — Acide Anhydrométhylène citrique
et Sel Disodique de l'Acide Copahivique

DÉSINFECTANT - ANTISEPTIQUE - DIURÉTIQUE

Pas de congestion rénale même à doses massives —::— Intégrité rénale entièrement respectée

Doses : 10 à 12 PILULES par jour.

LABORATOIRE THÉRAPEUTIQUE DE FRANCE
G. DURAND, à JOIGNY (YONNE)
USINE A JOIGNY-EPIZY (YONNE). — Téléphone 94

R. C. Joigny 1.571

Échantillon sur demande

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose et gangrène pulmonaires

Par Ch. ROUBIER
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

De l'avis de la majorité des phtisiologues, l'association de la tuberculose et de la gangrène pulmonaires ne serait pas d'observation courante.

I. — Historique

Laennec entrevit les relations de la gangrène pulmonaire avec la phtisie en rapportant des cas de gangrène circonscrite développée sur les parois d'une excavation tuberculeuse, mais il ajoute que de tels cas sont peu fréquents, au moins dix fois plus rares que la gangrène essentielle des poumons.

Andral, Corbin, Fournet, Rozée et Laurencé, rapportent des observations dans lesquelles la tuberculose était avérée, connue depuis longtemps du médecin au moment où apparaît la gangrène, laquelle n'est qu'un épisode terminal, susceptible d'occasionner parfois une hémoptysie foudroyante. Les cas de Boudet, de Hersent, de Rillet et Barthez sont analogues, mais concernent des enfants.

La thèse de Liandier (1883) est une mise au point très documentée de la question. Cet auteur, étudiant les gangrènes pouvant survenir secondairement au cours de toutes les affections chroniques des poumons, consacre un chapitre important à l'association avec la tuberculose.

Il en rapporte de multiples observations françaises (Fournet, Adémar-Robert, Demandre, etc.) et étrangères (Lée, Banks, Alcock, Ramdohr, etc.), et à l'aide de ces documents il décrit la gangrène des tuberculeux et montre l'enchaînement des lésions qui, d'une tuberculose banale, font une affection aux processus intriqués de sphacèle et de tuberculose.

Reprenant et discutant les idées de Cruveilhier (Traité d'anatomie pathologique, 1852), il démontre que la présence des géodes n'est pas nécessaire et que le processus gangréneux peut se développer sur des lésions d'infiltration ; la compression des vaisseaux par les tubercules favoriserait le passage au sphacèle.

Cette conception pathogénique devait tomber à partir de la période bactériologique. Dès 1890, Cornil et Babès signalent la possibilité de trouver des microbes anaérobies sur la paroi des cavernes. Les travaux ultérieurs de Veillon, puis de Veillon et Repaci apportent confirmation ; l'envahissement des cavernes par les germes anaérobies est fréquente ; ceux-ci peuvent garder longtemps une attitude neutre de saprophytes, mais sont susceptibles dans certaines conditions de devenir pathogènes ; ils seraient la cause directe des complications gangréneuses.

En 1886, Bard et Charmeil observent coup sur coup plusieurs cas de gangrène pulmonaire remarquables par leur contagiosité ; quelques-uns de leurs malades étaient des tuberculeux qui, par inoculation de germes putrides, firent des poussées rapidement mortelles de sphacèle. Langlois, dans sa thèse, reprend ces idées ; sur 23 observations de gangrène pulmonaire, 6 fois la bacillose était à l'origine des manifestations gangréneuses. Les diverses modalités de l'association gangrène et tuberculose peuvent, au double point de vue anatomique et clinique, se diviser en trois groupes : a) le premier a trait aux cas de gangrène superficielle atteignant la paroi d'une caverne ; b) le deuxième, aux cas où, en dehors des géodes d'origine bacillaire indiscutable, existent des lésions de gangrène diffuse ; c) le troisième, à des cas plus difficiles à étudier et à décrire, où les deux processus sont intriqués dans de telles proportions qu'il devient délicat de séparer ce qui revient à l'un et à l'autre. D'après l'auteur, tous les cas de gangrène pulmonaire ne sont pas foudroyants, l'affection peut avoir une évolution prolongée et revêtir une tendance fibreuse.

Depuis les travaux précédents on ne trouve plus dans la littérature que quelques cas isolés. Simard, dans sa thèse, rapporte une intéressante observation ayant trait à un enfant de six ans soigné pour tuberculose et qui succomba brusquement à une hémoptysie ; à l'autopsie on trouva dans un poumon une caverne entourée de tissu pulmonaire désagrégé exhalant une forte odeur de gangrène ; le reste de ce poumon, ainsi que l'autre, étaient bourrés de tubercules miliaires.

L'observation de M. Renaud concerne un jeune soldat porteur de lésions méconnues d'un sommet, qui fit une gangrène sévère à laquelle il succomba en quelques jours ; à l'autopsie, le lobe supérieur droit était creusé de nombreuses cavernes gangréneuses dans un parenchyme hépatisé et largement infiltré de tubercules.

Tout récemment, dans le travail de Courcoux et Lelong, se trouve relatée l'observation d'une malade atteinte de tuberculose fibreuse avec emphysème et qui mourut en deux mois avec les symptômes d'une gangrène à évolution lente. A l'autopsie, les lésions tuberculeuses étaient isolées des lésions gangréneuses, et c'est en dehors de ces dernières dans les régions relativement saines du parenchyme pulmonaire, que le microscope montrait des follicules tuberculeux avec cellules géantes ; il n'y avait pas de bacilles de Kock dans la paroi même des cavernes.

Nous ne pensons pas, personnellement, que l'association de la gangrène et de la tuberculose soit d'une très grande rareté. En compulsant les documents de notre service des affections respiratoires, nous avons pu en trouver cinq observations sur un total de 1500 malades environ. Celles-ci sont publiées *in extenso* dans la thèse récente que notre élève Desplans a consacrée à ce sujet.

II. — Diverses modalités de l'association tuberculose et gangrène pulmonaires

Elles peuvent être envisagées au triple point de vue, clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.

1° Au point de vue *clinique*, dans le plus grand nombre des cas, la gangrène survient chez un tuberculeux, soit fibreux, soit très évolutif, et bien connu comme tel ; elle constitue alors une grave complication d'une bacillose avérée préexistante. Mais il est d'autres cas plus complexes dans lesquels la tuberculose pulmonaire ne s'était pas cliniquement manifestée avant l'apparition de la gangrène ; les deux affections semblent parfois évoluer avec de telles intrications qu'il est difficile d'en dissocier les manifestations. Nous reviendrons plus loin sur ces cas d'interprétation délicate.

2° Au point de vue *anatomo-pathologique*, il peut s'agir, a) soit d'une gangrène circonscrite à une région du poumon, au sommet ou à la base, le reste du parenchyme présentant d'autre part des lésions tuberculeuses banales ; b) soit d'une infiltration gangréneuse diffuse, étendue par exemple à tout un poumon ; dans ce cas, lésions gan-

© BIU Santé

gréneuses et lésions bacillaires sont intimement juxtaposées et même superposées, et comme les premières sont bien plus mutilantes pour le parenchyme pulmonaire que les secondes, elles masquent ces dernières qui sont difficiles à voir, et parfois il faut le microscope pour permettre d'affirmer l'existence de la tuberculose.

3° Au *point de vue bactériologique*, la cause déterminante est l'adjonction au bacille de Koch de certains microorganismes producteurs de la gangrène. En premier lieu il faut faire jouer un rôle important aux anaérobies, principalement aux bacilles du type ramosus. Mais dans certaines conditions des microbes aérobies pourraient devenir protéolytiques et causer la gangrène. Dans tous les cas où nous avons examiné les crachats de nos malades il y avait une flore microbienne d'une richesse et d'une diversité extraordinaires ; dans un cas la culture dans le vide n'a montré que du pneumocoque sans aucun anaérobie strict ; dans un autre, les cultures ont révélé du pneumocoque, du streptocoque et du micrococcus catarrhalis en grande abondance. Signalons enfin que chez un de nos malades, on a trouvé dans l'expectoration de nombreux bacilles fusiformes associés à des spirilles ; la gangrène pulmonaire fuso-spirillaire, bien étudiée récemment par M. Perrin, n'est donc nullement incompatible avec la tuberculose.

III. — Gangrène pulmonaire chez un tuberculeux avéré

Si l'on met à part les poussées de bronchite fétide simple que l'on observe parfois chez les tuberculeux fibreux, dont le pronostic serait bénin, et qui correspondraient à un sphacèle superficiel des bronches (Noica), la véritable gangrène pulmonaire survenant au cours de la tuberculose a un tableau bien plus dramatique ; la température est élevée, l'état général profondément atteint, l'haleine est fétide particulièrement après une quinte de toux ; l'expectoration augmente d'abondance, prend un aspect gris-noirâtre, son odeur est repoussante.

A l'examen microscopique, elle renferme une flore microbienne extrêmement abondante et variée, en même temps que le bacille de Koch, qui s'y trouvait auparavant devient plus rare et peut même disparaître complètement.

A ce moment, l'auscultation du poumon, ou bien ne montre aucune modification des signes physiques constatés antérieurement, ou bien fait découvrir un nouveau foyer soufflant, à une base par exemple. La prostration fait de rapides progrès, et l'évolution est toujours rapide, parfois en quelques jours, plus souvent en deux à trois semaines au plus, vers une issue fatale.

Quelquefois même, lorsque la gangrène survient chez un tuberculeux très affaibli, elle n'est découverte qu'à l'autopsie sans avoir été diagnostiquée cliniquement.

Que va dans ces cas nous révéler l'autopsie ? Le point intéressant à envisager, c'est la *topographie respective des lésions gangréneuses et tuberculeuses*.

D'après les classiques, ce que l'on observerait le plus habituellement, c'est une gangrène développée sur les parois mêmes d'une ou de plusieurs excavations tuberculeuses ; ces parois, déchiquetées et anfractueuses, ont un aspect gris-verdâtre, caractéristique du sphacèle, et l'intérieur de la cavité est plein de détritus putrilagineux. Dans tout le reste du parenchyme, il n'y a que des lésions tuberculeuses ordinaires.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et fréquemment la gangrène se développe loin des sommets, à distance des vieilles cavernes ; il en était ainsi chez plusieurs de nos malades.

Chez l'un d'eux par exemple (obs. I, *in* th. de Desplans) vieux tuberculeux, mort à la suite d'accidents gangréneux à marche rapide, les foyers sphacéliques se trouvaient à distance des vieilles cavernes scléreuses des sommets, et étaient creusées au centre d'un bloc dense hépatisé occupant le lobe inférieur droit et ne renfermant pas de lésions bacillaires visibles à l'œil nu.

Dans une observation ancienne de Fournet, on trouva dans le poumon gauche plusieurs foyers gangréneux situés en dehors des parties de ce poumon infiltrées de tubercules ; mais, ajoute l'auteur, les lésions tuberculeuses ont certainement exercé une influence sur le développement du sphacèle, puisqu'on ne trouve pas de mortification dans le poumon opposé qui ne renferme que quelques tubercules crus.

Toutefois une de nos observations (obs. II *in* th. Desplans) prouve bien que le foyer de gangrène peut siéger au niveau même de lésions tuberculeuses récentes d'une base. Il s'agit d'un tuberculeux ancien, revenu dans notre service pour un épisode subaigu datant de trois semaines ; l'état général est mauvais, la fièvre élevée ; l'expectoration, abondante et très fétide, contient une flore polymicrobienne très variée et de rares bacilles de Koch. Diverses considérations d'ordre clinique et radioscopique nous avaient fait supposer que chez ce sujet le foyer de gangrène s'était développé dans la région du sommet droit au niveau d'une ancienne caverne. L'autopsie vint nous montrer qu'il n'en était rien ; c'était à la base gauche qu'il existait une cavité gangréneuse du volume d'une mandarine, remplie d'un putrilage sanieux, creusée au sein d'un bloc de pneumonie caséeuse typique.

En somme, ces foyers gangréneux secondaires peuvent se développer au niveau ou au voisinage de lésions récentes d'infiltration ; la présence des géodes n'est pas nécessaire. Liandier, compulsant dans sa thèse 14 observations de gangrène survenue chez des tuberculeux avérés, reconnaît que trois fois seulement le foyer sphacélique siégeait au sommet, dans un cas il s'agissait d'une gangrène totale, et dans tous les autres le foyer gangréneux occupait le lobe inférieur.

Suivant les cas, ce foyer se développe dans une région du poumon apparemment indemne de tubercules, ou bien dans une région très infiltrée, au sein d'un bloc de pneumonie caséeuse par exemple. On ne peut formuler aucune règle absolue à cet égard.

IV. — Gangrène pulmonaire chez un tuberculeux latent.

A côté des cas précédents où la tuberculose est avérée, il en est d'autres dans lesquels la gangrène se développe chez un tuberculeux méconnu ou latent. Dans ces cas, c'est la gangrène qui domine le tableau clinique, la tuberculose est au second plan. Quelques observations sont toutefois malaisées à interpréter ; les processus tuberculeux et gangrénieux sont intriqués au point qu'il est souvent difficile de dire, même à l'autopsie, ce qui revient à l'un et à l'autre.

Nous allons commencer par relater deux observations personnelles.

Observation I (résumée ; obs. III *in* th. Desplans). — Il s'agit d'un homme de 40 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, niant la syphilis et avouant un éthylisme moyen. Son affection pulmonaire aurait débuté il y a un mois par un point de côté à droite, de la dyspnée, une expectoration abondante. Il entre à l'hôpital très amaigri avec une fièvre continuelle et une

© BIU Santé

fétidité prononcée de l'haleine. L'examen clinique révèle des signes cavitaires d'infiltration dans la région sous-claviculaire droite L'examen radioscopique montre l'existence d'images cavitaires multiples dans toute la moitié supérieure du champ pulmonaire droit ; la base est normale.

Quant au poumon opposé, il semble indemne.

D'après la topographie des lésions, on pense à une bacillose ulcéreuse du sommet droit à marche rapide. Mais les crachats sont abondants, d'aspect grisâtre, d'odeur infecte ; ils ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais une flore microbienne très variée (cocci, bâtonnets, streptocoques, pneumocoques) et surtout de nombreux bacilles fusiformes associés à des spirilles ; la culture dans le vide donne un grand nombre de pneumocoques, mais pas d'anaérobies stricts (Dr Durand).

On tenta un pneumothorax artificiel droit qui ne donna aucun résultat appréciable, le décollement étant très incomplet. Le malade mourut dans la cachexie deux mois environ après le début de son affection.

L'autopsie montra, dans tout le lobe supérieur droit et la partie supérieure du lobe inférieur du même côté, de nombreuses cavernes à parois déchiquetées et anfractueuses creusées dans un parenchyme gros, verdâtre, d'aspect sphacélique dans lequel on ne peut distinguer à l'œil nu de lésions certainement tuberculeuses. La base du même poumon est congestionnée et renferme quelques granulations blanchâtres.

Le poumon opposé est le siège d'un œdème très accusé ; le sommet et la base sont indemnes ; mais le long de la scissure interlobaire on voit d'assez nombreux tubercules crus.

En outre plusieurs ganglions calcifiés dans le médiastin. Rien aux autres organes.

L'examen histologique de plusieurs fragments prélevés dans le lobe supérieur droit a montré que la paroi des cavernes est recouverte d'éléments cellulaires nécrosés, tandis que dans les plans plus profonds on voit de nombreuses cellules inflammatoires et des nodules tuberculeux schématiques avec cellules géantes.

Observation II (résumée ; obs. IV *in* th. Desplans). — Il s'agit d'un homme de 63 ans, robuste, sans passé pathologique autre que du paludisme contracté aux colonies, niant la syphilis et l'alcoolisme, qui fit un premier séjour dans le service en janvier 1922 pour une pleurésie séro-fibrineuse droite, laquelle se résorba rapidement. Après six mois de convalescence, le malade revient dans le service pour une récidive *in situ* de sa pleurésie ; on constate à la base droite de nombreux frottements pleuraux, puis des signes d'épanchement font leur apparition ; une ponction exploratrice ramène du liquide citrin, à formule lymphocytaire. Bientôt des signes de bronchite discrète apparaissent, l'examen des sommets est négatif ; la radioscopie montre, au-dessus de l'opacité de la base correspondant à l'épanchement une zone opaque triangulaire à base hilaire ; le sommet est clair.

Peu après, le malade présente des accès fébriles à 39 avec frissons que l'on attribue au réveil de son ancien paludisme.

Jusqu'à ce moment l'auscultation ne permettait de constater que des signes d'épanchement de la base ; il n'existait aucun symptôme de ramollissement du sommet ; seule la formule nettement lymphocytaire du liquide nous faisait conclure que la bacillose était probablement en jeu. L'état général commençait à s'altérer lorsque, en février 1923, apparaît l'émission de crachats gangréneux abondants, horriblement fétides, sous forme de pseudo-vomiques matutinales.

A ce moment les signes de percussion et d'auscultation se modifient. A la base droite, persistance de la matité, de l'obscurité respiratoire et de râles fins ; mais en avant à droite, on constate l'apparition d'un souffle amphoro-métallique d'abord lointain, puis de plus en plus net avec quelques râles dans la région pulmonaire avoisinante. A la radioscopie, on constate à la partie moyenne du champ pulmonaire droit, une image hydroaérique, avec ligne de niveau très apparente, très mobile, surmontant une zone opaque.

En raison de cette image hydroaérique si nette apparue en même temps qu'un souffle amphoro-métallique à l'auscultation, et en raison aussi de l'expectoration fétide abondante, on pense à la possibilité d'un empyème interlobaire ouvert dans les bronches : plusieurs ponctions exploratrices pratiquées sous le contrôle de l'écran restent négatives.

Les crachats, d'abord muco-purulents, deviennent gris noirâtres, leur quantité est sujette à de grandes variations quotidiennes, leur odeur impose le diagnostic de gangrène. L'examen bactériologique y fait reconnaître de nombreux streptocoques, pneumocoques et micrococcus catarrhalis ; le bacille de Koch est absent à des examens répétés, dont plusieurs après homogénéisation.

L'état général déclina rapidement, la courbe thermique devint très irrégulière, les signes d'auscultation persistèrent sans modifications notables jusqu'au décès du malade survenu le 11 mai 1923 dans le marasme, avec diarrhée profuse, albuminurie, escarre sacrée.

A *l'autopsie*, le lobe supérieur droit est transformé dans sa totalité en une vaste caverne à parois anfractueuses, à moitié pleine d'un pus épais et très fétide. Le lobe inférieur droit est transformé en un bloc dense renfermant de nombreuses cavernes à contours serpigineux remplis d'une bouillie blanc-jaunâtre très fétide. L'aspect est celui de lésions tuberculeuses ramollies associées à de la gangrène. Quelques-unes de ces cavités ont toutefois une paroi assez lisse et rappellent des dilatations bronchiques.

Le poumon gauche, très œdémateux, semble au premier abord indemne de toute lésion bacillaire, mais en palpant la languette antérieure on y trouve plusieurs tubercules crus du volume d'un pois.

Rien de spécial aux autres organes.

On a pratiqué l'examen histologique de plusieurs fragments prélevés sur le poumon droit, soit au niveau de la paroi des cavernes, soit entre ces dernières. Sur un premier fragment on voit des nappes caséeuses bien limitées dans un tissu pulmonaire en voie de sclérose et riche en néoformations alvéolaires à épithélium cubique. Sur un deuxième fragment, nappes caséeuses plus récentes avec nombreuses cellules géantes et nodules tuberculeux typiques. Sur un troisième fragment on voit à la fois l'aspect des deux premiers.

Il s'agit certainement de tuberculose, mais étant donnée l'abondance en certains points de néoformations alvéolaires, il se peut que cette tuberculose ait évolué sur un poumon syphilitique (Dr Bouchut).

Les deux sujets précédents se présentaient comme atteints de gangrène pulmonaire à évolution subaiguë chez le premier, prolongée chez le deuxième. Le début assez brusque de l'affection, la gravité de l'état général, l'expectoration abondante, d'aspect grisâtre, d'odeur très fétide, ne laissaient aucun doute à cet égard.

En raison des antécédents, on pourrait supposer que cette gangrène s'était développée sur un terrain tuberculeux, particulièrement chez le deuxième malade qui avait été traité dans le service pour une pleurésie récidivante de la base droite et dont les accidents avaient débuté brusquement pendant la convalescence de la deuxième pleurésie.

Les signes stéthacoustiques et radioscopiques prédominaient au sommet ; c'est à cet endroit qu'on percevait les signes cavitaires. Dans l'expectoration des deux malades on trouvait une flore microbienne riche et variée, mais pas de bacilles de Koch à des examens répétés, dont plusieurs après homogénéisation.

Il a fallu l'autopsie pour mettre en évidence de façon certaine l'association de la tuberculose à la gangrène. Encore l'examen macroscopique du poumon malade ne permettait-il pas d'être absolument affirmatif ; on y voyait de multiples cavités sphacéliques, pleines de détritus putrilagineux, sans lésions bacillaires nettement reconnaissables.

Celles-ci existaient par contre dans le deuxième poumon, supposé sain cliniquement, qui renfermait quelques

© BIU Santé

granulations et quelques tubercules crus, peu nombreux à vrai dire, mais indiscutables.

L'examen histologique de nombreux fragments prélevés dans le poumon malade a permis de constater dans la paroi des cavernes, au niveau des plans profonds et surtout dans les parties du parenchyme situées entre les excavations, des lésions bacillaires indiscutables sous forme de nappes caséeuses avec nombreuses cellules géantes.

Chez le deuxième malade, où l'évolution a été plus prolongée, il existait en outre du tissu scléreux abondant et des néoformations alvéolaires à épithélium cubique.

Comment interpréter ces deux observations ? S'agirait-il d'un *processus hybride tuberculo-gangréneux*, les deux affections évoluant parallèlement, mais la gangrène prédominant toutefois sur la tuberculose qui est reléguée au second plan ? Plus probablement, et c'est à cette hypothèse que nous nous rattacherions, il existait antérieurement à la gangrène des lésions tuberculeuses discrètes, encore latentes; celles-ci ont fait le lit à l'infection gangréneuse, puis se sont effacées devant-elle. Anatomiquement en effet, c'est la gangrène qui domine, les excavations sont de nature sphacélique, et le microscope ne montre de lésions caséeuses qu'à une certaine distance de leurs parois.

Très instructive et quelque peu analogue aux nôtres est l'observation de M. Renaud. Elle a trait à un jeune sujet chez lequel une asthénie et une fièvre irrégulière faisaient supposer l'existence d'une tuberculose latente : la recherche des bacilles de Koch resta négative. Quelques semaines plus tard, apparurent brusquement des accidents du type pneumonique avec un foyer sous-claviculaire, puis une expectoration abondante très fétide contenant des bacilles de Koch. Les modifications des signes d'auscultation témoignèrent d'une fonte rapide du bloc hépatisé. L'évolution fut fatale en quelques jours, et l'autopsie montra, au niveau du lobe supérieur droit, des cavités gangréneuses multiples creusées au sein d'un bloc d'hépatisation infiltré de tubercules encore jeunes et de nombreuses granulations.

Les processus de tuberculose et de gangrène sont intriqués, et il semble bien que les germes putrides, se développant sur un foyer tuberculeux non encore manifesté cliniquement, aient réveillé l'activité du bacille de Koch ; dès lors leur action s'est effectuée en commun, les lésions coexistent sur le même poumon et dans le même lobe.

V. — Tuberculose et gangrène pulmonaires chez les diabétiques.

L'association de la tuberculose et de la gangrène pulmonaires peut s'observer au cours du diabète sucré avec certaines particularités.

Observation III (résumée ; obs. V. *in* th. Desplans). — Il s'agit d'une femme de 58 ans qui depuis une vingtaine d'années est diabétique et présente actuellement une assez forte glycosurie (53 gr. de sucre par litre). Elle vient encore à l'hôpital pour une affection pulmonaire récente qui daterait d'un mois environ.

Au sommet droit, il existe des signes cavitaires, beaucoup plus accusés en avant sous la clavicule. Le sommet gauche est normal. La courbe thermique décrit des oscillations. Les crachats ont un aspect sanieux, rougeâtre, et sont légèrement fétides ; deux examens bactériologiques n'y montrent pas de bacilles de Koch. On fait le diagnostic d'affection subaiguë du lobe supérieur droit peut-être gangréneuse. Quelques jours plus tard, la malade meurt assez rapidement dans le coma après avoir présenté des accidents convulsifs.

L'autopsie révéla à la partie inférieure du lobe supérieu droit une vaste cavité d'aspect sphacélique, à parois déchiquetées, remplie d'une sanie puriforme rougeâtre, non fétide. Tout autour d'elle le parenchyme pulmonaire, très densifié, presque hépatisé, renferme des points blanchâtres qui sont peut-être des abcès miliaires, car la pression fait sourdre un peu de pus à leur niveau (?). Mais l'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité de granulations tuberculeuses avec centre caséifié, nombreuses cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes, situées dans un parenchyme présentant des lésions d'engouement allant par endroits jusqu'à l'hépatisation. Le poumon opposé est absolument indemne.

En raison de l'aspect sanieux de l'expectoration et de l'absence de bacilles de Koch, on pense qu'il pouvait s'agir de gangrène pulmonaire ; il manquait, à vrai dire, la fétidité des crachats, mais on sait qu'elle fait ordinairement défaut dans la gangrène des diabétiques.

S'agissait-il d'une gangrène simple ? Naunyn a décrit des formes subaiguës et chroniques de gangrène pulmonaire chez les diabétiques âgés.

L'autopsie vint montrer qu'il s'agissait d'une association de gangrène et de tuberculose. Dans le tissu pulmonaire hépatisé avoisinant la caverne sphacélique, il existait de nombreux points blanchâtres que l'on prit d'abord pour des abcès miliaires et qui étaient en réalité des granulations tuberculeuses.

Demandre dans sa thèse rapporte des observations d'association de gangrène et de tuberculose au cours du diabète ; Lépine, dans son Traité du diabète sucré, signale des cas de ce genre.

Chez notre malade, les lésions bacillaires encore jeunes, restées cliniquement latentes, situées au sein d'un bloc d'hépatisation, ont fait le lit à la gangrène qui a amené la mort. Anatomiquement, les deux ordres de lésions coexistent dans le même lobe et il n'y en a pas ailleurs.

VI. Diagnostic et traitement.

Lorsque par des examens antérieurs on a pu conclure à l'existence de lésions tuberculeuses ou lorsque l'histoire clinique de la maladie ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection, le diagnostic est assez simple. La gangrène qui vient ainsi compliquer une tuberculose pulmonaire avérée se reconnaîtra surtout aux modifications de l'expectoration, à son aspect sanieux, gris noirâtre, à son odeur repoussante. Cette gangrène est une complication fatale à brève échéance chez un tuberculeux déjà affaibli, qu'il s'agisse de sphacèle des parois d'une ancienne caverne, ou de foyers gangréneux autonomes.

Le diagnostic se pose différemment quand la bacillose est discrète ou encore latente au moment où survient l'atteinte gangréneuse, ainsi que dans les cas complexes où les deux affections semblent intimement associées. Dans ces cas, c'est avant tout un gangréneux qui s'offre à notre observation, et lorsqu'on a porté le diagnostic de gangrène pulmonaire subaiguë ou prolongée, il faut se demander si une affection tuberculeuse associée est ou non en cause. On peut avoir des présomptions tirées de la localisation ou de la prédominance des signes physiques du sommet, comme aussi de l'étude des *antécédents* du malade. En pareil cas on doit demander à la bactériologie les renseignements qu'elle peut nous fournir. Les germes putrides seront recherchés par l'examen direct et les cultures (anarérobies, fuso-spirilles...), mais il sera surtout nécessaire de mettre en évidence le bacille de Koch.

Une première erreur serait de prendre pour des bacil-

© BIU Santé

les de Koch certains microbes acido-résistants qu'on peut trouver dans les crachats de gangrène pulmonaire (RABINOVITCH, GOUGET). Une bonne technique bactériologique permet d'éviter cet écueil.

Mais il faut surtout savoir que dans certains cas le bacille de Koch peut être très difficile à mettre en évidence malgré des examens répétés après homogénéisation. Le fait s'est produit dans plusieurs de nos observations relatées ci-dessus, dans lesquelles, en l'absence du bacille dans les crachats, on ne pouvait affirmer la bacillose malgré les présomptions cliniques, alors que l'autopsie a montré l'association des deux processus, tuberculeux et gangréneux. Il semble que dans les cas de ce genre, le bacille de Koch ait de la peine à s'extérioriser au milieu de cette flore microbienne, si riche et si polymorphe, surtout dans les cas où les constatations anatomo-pathologiques montrent que les lésions tuberculeuses, bien plus discrètes que les gangréneuses, sont profondément situées à distance de la paroi des excavations sphacéliques.

Il reste une ressource, l'inoculation des crachats au cobaye, mais les nombreux microorganismes contenus dans l'expectoration gangréneuse déterminent la mort de l'animal avant que le bacille de Koch ait pu exercer son action, à moins d'appliquer ici l'ingénieuse épreuve des « cobayes protégés » (Sacquépée), qui consiste à injecter à l'animal les produits gangréneux neutralisés par une certaine quantité de sérum spécifique. On pourrait ainsi immuniser les cobayes contre la gangrène et leur donner une survie suffisante pour permettre au bacille de Koch de manifester son action.

Il est inutile d'insister sur la gravité du pronostic en pareil cas et le peu d'efficacité des nombreux traitements dirigés contre la gangrène pulmonaire, dont s'est enrichi dans ces temps derniers l'arsenal thérapeutique. Ces diverses médications restent inopérantes sur la tuberculose associée. Le pneumothorax artificiel toutefois peut exercer son action sur les deux ordres de lésions, et bien qu'il n'ait donné aucun résultat chez un de nos malades, c'est à lui que nous donnerions la préférence, à la condition, bien entendu, que les lésions soient unilatérales.

En raison de la contagiosité possible de la gangrène pulmonaire, qu'ont signalée BARD et CHARMEIL, il est nécessaire dans un service de tuberculeux d'isoler des autres malades les bacillaires dont l'affection se complique de sphacèle pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

ADHEMAR-ROBERT. — Tuberculose et gangrène du poumon, Soc. Anat. 1881.

ALCOCK. — *Medical Times and Gaz*, 1873.

ANDRAL. — Clin ques médicales, 1829.

BANKS. — *Dublin med. Journ*, 1867.

BARD et CHARMEIL. — Contagiosité et spécificité de la gangrène pulmonaire. *Lyon médical*, 1886.

BOUDET. — Tuberculose et gangrène pulmonaire, mort par hémoptysie. *Arch. gén. de Méd.*, 1843.

COURCOUX et LELONG. — Tuberculose et gangrène pulmonaires. *Revue de la tuberculose*, 1923, n° 4, p, 382.

DEMANDRE. — De la gangrène pulmonaire. Thèse de Paris, 1877.

DEVIC et P. RAVAULT. — A propos de sept cas de gangrène pulmonaire. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1923.

DESPLANS. — Tuberculose et gangrène pulmonaires. Thèse de Lyon, 1923-24.

FOURNET. — *L'Expérience*, 1837 (cité par Liandier).

GUILLEMOT. — Recherches sur la gangrène pulmonaire. Thèse de Paris, 1899.

HERSENT. — Soc. Anatom., 1843.

LAENNEC. — Traité de l'auscultation médicale, t. I, p. 470.

LANGLOIS. — Etude sur 23 cas de gangrène pulmonaire ; sa forme prolongée. Thèse de Lyon 1896-97.

LAURENCE. — De la gangrène pulmonaire. Thèse de Paris, 1840.

LÉE. — Tuberculose, gangrène pulmonaire, mort par hémoptysie. *Dublin Journ.* 1842.

LEMIERRE et LÉON-KINDBERG. — Etudes cliniques sur la gangrène pulmonaire, *Ann. de Méd.* mars 1924.

LÉPINÉ. — Le diabète sucré, p. 608.

LIANDIER. — Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours des quelques affections chroniques du poumon et des bronches. Thèse de Paris, 883.

MOURIQUAND et Mlle SCHOEN. — Dilatation des bronches et gangrène pulmonaire, examens histologiques. Soc. méd. des hôp. de Lyon, *Lyon méd.* 25 oct 1922, p. 917 et 926.

NOICA. — Contribution à l'étude de la fétidité dans les maladies de l'appareil respiratoire. Thèse de Paris. 1899.

RABÉ. — Les bronchites fetides. *Gaz. des hôp.*, 1907.

RAMDOHR. — Deux cas de gangrènes pulmonaires. *Deutsch. medic. Wochens.*, 1878 (cité par Liandier).

RENAUD (M.). — Cavernes pulmonaires par processus associés de tuberculose aiguë et de gangrène. Soc. Anat, 30 oct. 1920.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants, tome II p. 409.

SIMARD. — Les hémoptysies au cours de la gangrène pulmonaire. Thèse de Paris, 1907-08.

TIXIER. — Les affections gangréneuses médicales. *Journ. med. franc.*, fevrier 1923.

VEILLON et REPACCCI. — Recherches bactériologiques sur le contenu des cavernes. *Ann. Inst. Pasteur*, 1912 p. 305.

FAITS CLINIQUES

Sténose médio-gastrique syphilitique guérie en deux mois par le traitement spécifique

Par M. LOEPER et R. TURPIN.

La sténose médio-gastrique apparaît la forme de syphilis gastrique sténosante, la plus fréquemment signalée. Les observations déjà anciennes de Lafleur, Leven et Barret, Beclère et Bensaude, ont bien mis ce fait en évidence.

Les exemples rapportés chez l'homme, toutefois, sont encore assez exceptionnels pour nous inciter à publier, à titre documentaire, l'observation suivante. Elle concerne un malade spécifique, âgé de 59 ans, venu consulter dans notre service le 18 octobre 1923, pour des troubles dyseptiques, et qui, par ailleurs, présentait une glossite

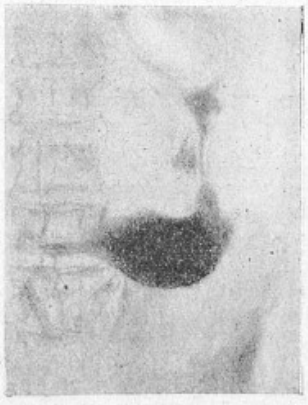


FIGURE 1. — Radiographie.

superficielle scléreuse, des manifestations d'aortite et donnait une réaction de Bordet positive. Les troubles gastriques constatés étaient en rapport avec une sténose mé-

© BIU Santé

dio-gastrique incomplète, qui apparut de façon précise, lors d'un premier examen radiologique. On y voyait, indépendamment de l'image classique en sablier, un véritable éperon cylindro-conique, se dessinant au niveau de la portion moyenne de la zone canaliculaire, intermédiaire aux deux poches.

Il était logique d'invoquer chez un tel malade, à l'origine de cette lésion organique de l'estomac, une infection spécifique en même temps responsable de la glossite et de l'aortite concomitantes et un traitement quinio-bismuthique fut institué.

Cette médication détermina une amélioration fonctionnelle immédiate et une guérison anatomique rapide. En même temps que s'atténuaient les manifestations douloureuses et spasmodiques, les radiographies prises en série permettaient de suivre la régression progressive de la sténose.



FIGURE 2. — Radiographie du 13 nov. 1923.

Sur une radiographie prise un mois plus tard, toute trace de sténose a disparu, l'estomac est de type orthotonique et une contraction apparaît au niveau de la portion verticale de la petite courbure. Un nouvel examen radiologique pratiqué le 14 janvier 1924 nous montre que l'amélioration se maintient, et que l'estomac légèrement hyperkinétique est normal, alors que l'opacité irrégulière de l'aorte persiste.

Dans cette observation, sans doute, le critérium absolu de l'examen histologique fait défaut, et les radiographies ne permettent pas de préciser *la part qui revient au spasme et aux lésions ulcéreuses* dans le déterminisme des modifications du contour de l'ombre gastrique. Néanmoins, l'évolution de ces manifestations morbides, tant cliniques que radiologiques sous l'influence du traitement mis en œuvre, est assez caractéristique, pour constituer une nouvelle preuve de la nature syphilitique des lésions observées, et cette observation apparaît ainsi un exemple particulièrement démonstratif de l'efficacité remarquable et rapide du traitement spécifique dans certaines lésions ulcéreuses de l'estomac.

MEDECINE MILITAIRE

Médecins et techniciens dans l'Armée. L'indemnité de graduation.

Dans un de mes derniers articles « *Religio vastata* » publié par le *Progrès Médical* (n° 28 du 12 juillet 1924), je signalais le péril qui menace le Corps de santé militaire abandonné par les médecins à qui l'Armée n'offre ni une situation morale, ni une situation matérielle suffisantes (1).

Et je concluais en disant « Pour sauver la médecine d'Armée, il ne faut pas honneurs ou argent, il faut à la fois argent *et* honneurs.

Le cas des médecins est celui de ceux des autres techniciens militaires qui pourvus d'un brevet de l'Etat, sont amenés à utiliser intelligemment leurs aptitudes pratiques ailleurs que dans l'Armée lorsque celle-ci leur barre l'avenir, les tient de façon apparente dans une situation trop subalterne, blessante, lorsqu'elle paraît être plutôt le fait de dispositions intentionnellement dédaigneuses que l'inéluctable conséquence de nécessités de l'interdépendance des fonctions, enfin parce que l'Armée rétribue insuffisamment ses techniciens.

Le mal a débuté par la médecine d'Armée. Il y a fait des ravages effroyables. C'est une menace d'épidémie pour tous les corps techniques.

Donc nécessité d'y couper court et sans délai.

Par quels moyens ?

Qu'on le veuille ou non le *do ut des* régit tous les contrats, y compris ceux que passe l'Etat avec ceux dont il est le commettant. Payer est, pour l'Etat — comme pour tout autre — une inéluctable obligation. Pas de paiement ou des paiements insuffisants, pas de candidats ou pas assez de candidats — et le vide par les retraites hâtives ou par les démissions.

Il faut que l'Etat paye et qu'il paye suffisamment pour s'acquérir le quantum numérique et qualitatif nécessaire au fonctionnement normal de ses organes.

Payer paraît dur aux Etats, — surtout lorsque les braves gens qu'il s'agit d'acquérir ou de conserver ne peuvent ni agir sur l'Etat ni réagir contre lui, — à moins que de manière indirecte... à la façon du lièvre, c'est-à-dire par la fuite.

Econome, l'Etat ne peut envisager de payer les techniciens ni même les non-techniciens au prix coûtant. Ce serait la ruine pour lui. Force lui est donc de compenser l'insuffisance des avantages matériels qu'il consent par l'octroi d'avantages moraux. Autrement dit pour ne pas débourser exagérément, il lui faut payer en *argent* et en *honneurs* (2).

Bien entendu dans l'Armée *ceux qui sont indispensables à l'Armée, mais à qui l'Armée n'est pas indispensable* sont de tous les plus onéreux à acquérir et à conserver.

C'est, entre autres, le cas des médecins. Nécessité donc de les payer convenablement c'est-à-dire suffisamment pour assurer le recrutement et s'opposer au pullulement de la dangereuse réaction du lièvre. Impossibilité de ne les payer qu'en argent ; le moindre praticien coûterait les yeux de la tête et d'autres raisons, les plus fortes raisons militent encore contre ce procédé simpliste. Donc payer en *honneurs* et en *argent*.

Payer en honneurs et en argent convenablement c'est-à-dire suffisamment, plutôt largement que mesquinement, mais en prenant soin toutefois que l'octroi d'avantages matériels ou d'avantages honorifiques accordés aux techniciens ne soit pas entaché d'injustices, -- injustices dont le résultat déplorable serait de faire moralement ou matériel-

(1) Voir, dans la brochure éditée par Alcan *Le Rôle mondial du médecin militaire*, le développement des considérations résumées ici.

(2) V. également *Progrès médical* du 23 août 1924 : Lettre ouverte au Rédacteur en chef de l'*Echo de Paris*,

© BIU Santé

lement des techniciens *une caste* bien vite jalousée et honnie.

Quelle que soit la dureté d'un temps on ne doit pas cesser de voir au delà des nécessités immédiates.

Un mot d'abord sur la question *argent*.

Si je lui donne le pas aujourd'hui sur la question honneurs ce n'est pas que nous autres, médecins, fassions passer l'*honneur* avant l'*argent*.

Tout au contraire.

Et d'abord ne confondons pas l'Honneur avec les honneurs.

De l'Honneur — n'en déplaise aux calomniateurs — nous en avons, si j'ose dire ainsi, à revendre.

Tandis que nous manquons terriblement d'argent et la faim n'attend pas.

Donc, ce jour, parlons *argent*.

Un principe fondamental. N'y pas toucher ; il est sacré.

Il mérite de l'être parce qu'il est bienfaisant, parce qu'il constitue au premier chef un élément de confiance, un facteur de succès, disons même un facteur de paix sociale.

Ce principe est celui que l'on pourrait appeler le principe de l'égalité dans l'ordre, principe que résume fort bien le dicton : *le dernier soldat de 2e classe a dans sa giberne le bâton de maréchal de France.*

Voilà la doctrine ; c'est une doctrine militaire ; c'est une doctrine de bon sens.

N'accordez pas une indemnité à tous les membres d'une corporation militaire à l'exclusion des autres corporations ou de certaines autres corporations militaires.

Attribuez la même indemnité à tout militaire sans exception — simple soldat ou général de division (1) — qui s'est acquis le mérite particulier que vous avez décidé d'indemniser.

Dans l'armée, l'ingénieur, le médecin, le vétérinaire, doivent être rétribués en solde exactement comme l'officier de même grade et de même ancienneté.

Rien de plus, rien de moins.

C'est ce qui existe et c'est très bien.

C'est ce qui existe pour la solde et c'est également ce qui existe au sujet des allocations. Et c'est également très bien.

Il n'est pas attribué d'allocations spéciales à des officiers en raison de particularités corporatives ; il n'existe pas une allocation d'artilleur et une allocation de fantassin, mais il est des indemnisations attribuées de droit, *sans distinctions corporatives*, aux officiers qui ont à souffrir de déficits budgétaires résultant de conditions particulières ; ainsi tous les officiers d'une même garnison où la vie est particulièrement chère, astreints, de par les obligations de la vie militaire, à vivre dans cette garnison, reçoivent-ils en condition d'égalité, une même indemnisation spéciale à cette garnison. Ainsi encore est-il alloué à charges égales, d'égales indemnités pour obvier dans une petite mesure aux déficits résultant des charges de famille. Sont indemnisées également la perte, du fait de l'Armée, de l'avantage (avantage généralement plutôt moral que matériel) du séjour en France, de la perte de l'avantage du séjour en Europe, etc. etc.

De même le déficit résultant, du fait de l'Armée, de l'inemploi de facultés lucratives certaines d'un officier, doit-elle donner à cet officier, quel que soit son arme ou son corps, le droit à une indemnisation.

L'intérêt national exige que l'Armée compte un certain nombre de techniciens, d'hommes de science, de savants qui, pour la servir, sont contraints de laisser inexploitées de grosses et évidentes capacités de gain. Il est naturel, il est juste que ce considérable « *manque à gagner* » reçoive une compensation (2).

(1) Il est superflu de rappeler qu'un de nos confrères fut général de l'armée active où, si l'on préfère, qu'un général de l'armée active était docteur en médecine.

(2) C'est pour éviter à l'Etat de payer cette compensation que d'aucuns ont, non sans beaucoup de naïveté ou de malice, revendiqué pour le médecin militaire le droit intégral à la pratique de la clientèle civile.

Quant à la capacité de gain nous ne pouvons évidemment, pour la discerner et l'évaluer, recourir à un critérium autre que celui-ci : le titre régulièrement délivré, après examen ou concours, par un organisme de l'Etat.

Dépenser du temps, des années (*times is money*) en études fort longues et fort coûteuses, passer des examens onéreux, s'acquérir une bibliothèque, des instruments, des appareils pour expériences, entretenir, à frais d'argent, ses connaissances, voilà le fait de ceux que l'on pourrait, usant d'un mot un peu vieilli mais expressif, appeler les *gradués*, c'est-à-dire les licenciés, les docteurs, les agrégés, les professeurs, etc.

Il est clair que privant les gradués de l'Armée de la liberté de tirer un bénéfice matériel normal de connaissances dont l'acquisition exige tant d'années laborieuses, tant de patience et tant de science, en les frustrant du privilège, conféré par l'Etat, d'exploiter un bagage de valeur considérable et de récupérer les avances de fonds imposées par les conditions des préparations universitaires, l'Etat doit à ces gradués une compensation (1).

Tout militaire gradué à droit à une *indemnité de graduation*.

Voilà notre principe.

Aucune distinction quant à la catégorie du militaire ou du militarisé. Par contre on pourrait envisager, pour chacune des sortes de titres, des variations en corrélation avec l'âge des bénéficiaires.

Il est évident que l'élaboration du tableau d'assimilation des titres nécessitera un examen approfondi, une observation attentive des différentes sortes d'études et que certaines assimilations ne seront qu'approximatives.

Ceci est inévitable. Ainsi les différents doctorats, doctorats ès sciences, en droit, en médecine, ne s'équivalent pas. Mais où dans ce monde sont non pas certes les identités, mais les égalités intégrales ?

La justesse comme la justice ne sont jamais qu'approximatives.

Tentons cependant l'esquisse d'un barème, d'une échelle des *indemnités de graduation*.

1er *degré* : graduations en droit inférieures à la licence ; externat des hôpitaux et titres équivalents.

2e *degré* : licences et titres équivalents.

3e *degré* : titres de valeur intermédiaire entre la licence et le doctorat ; internat des hôpitaux (2) et titres équivalents.

4e *degré* : doctorat (sciences, médecine, droit, lettres).

5e *degré* : titres de valeur intermédiaire entre le doctorat et l'agrégation, répétitorat et titres équivalents

6e *degré* : agrégation.

7e *degré* : professorat.

Ajoutons un 8e *degré* en faveur des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine (combien en est-il dans l'Armée ?)

Inutile de dire à quel point cette classification est défectueuse et de signaler qu'elle constitue seulement un thème à réflexions — et à rectifications. Mais telle qu'elle se présente, elle exprime clairement, je veux le croire, qu'en attribuant aux gradués du premier degré une allocation quotidienne de... 10 francs par exemple, à ceux du huitième degré une allocation quotidienne de... 120 francs par exemple, et à ceux des degrés intermédiaires des allocations étagées entre 10 francs et 120 francs, par jour, l'Armée compenserait faiblement, mais en quelque sorte au prorata

(1) En ce qui a trait aux médecins militaires ou militarisés, non seulement l'Armée les contraint à l'obligation *non militaire* de soigner les familles d'officiers, mais elle ne leur accorde aucune indemnisation pour ce service. Et dans nombre de garnisons ce service extra-militaire égale ou dépasse en charges et en responsabilités le service militaire véritable du médecin c'est-à-dire les soins donnés par lui à la troupe, aux officiers et aux sous-officiers; à ceux qui ont la qualité, le statut de *personne militaire*. Il doit y avoir indemnisation pour tout service non mititaire y compris les soins donnés aux personnes *non militaires*.

(2) Grande difficulté pour situer l'internat. Très difficile également d'attribuer leurs valeurs respectives à certaines agrégations et à certains doctorats.

© BIU Santé

de la valeur apparente des titres universitaires, les déficits que subissent, lorsqu'ils la servent, les gradués universitaires des différentes catégories.

Ajoutons que cette hiérarchie approximative des gradués ne devra être marquée par rien qui puisse concurrencer le signe de la hiérarchie générale : *le galon*. Mais, tout de même, comme il faut savoir à qui l'on a affaire il sera bon que l'insigne corporatif révèle le titre du gradué. Ainsi, chez les médecins, le *caducée* de l'agregé comportera deux paires de palmes au lieu d'une seule, celui du professeur trois paires ou une très grosse palme, etc. etc.

Je suis loin de prévoir toutes les objections.

J'en pressens déjà quelques-unes.

Quoi ! dira-t-on, vous prétendez vouloir l'égalité et vous demandez des avantages pour les gradués alors que nombre d'officiers ne pourront jamais être des gradués !

L'objection est enfantine. Outre qu'obtenir certains titres universitaires, certaine licence est avant tout affaire de volonté et de travail, que partant le titre est accessible à tous les officiers, il ne peut échapper que si nombre d'officiers n'ont pas la moindre chance de devenir docteurs ès sciences, il existe également nombre d'officiers qui n'ont pas la moindre chance d'être jamais brevetés d'état-major, où bien même cavaliers passables où encore pilotes aviateurs.

Le fait que des *allocations pour vol sont dans l'Armée accordées aux officiers aviateurs*, choque-t-il le moins du monde notre sentiment de l'égalité ?

N'est-il pas aussi juste de compenser le « *manque à gagner* » de l'aviateur qui, dans l'Armée, loin de tirer de ses aptitudes une rémunération normale, risque sa vie sans l'espoir d'un bénéfice matériel appréciable, qu'il le serait de compenser le « *manque à gagner* » du docteur en médecine qui, du fait de l'Armée, ne fait pas payer des consultations où les dangers de la contagion mettent également et incessamment sa vie ou sa santé en péril ?

Peut-être aussi objectera-t-on : l'indemnité de graduation ne manquera pas de pousser exagérément les officiers vers les études universitaires.

Cet argument serait de la force de celui-ci que démentent les faits : Parce que l'*Armée accorde une allocation aux officiers qui parlent bien la langue arabe*, tous nos officiers sont enclins à apprendre exagérément la langue arabe.

Aussi bien l'Armée ne cessera-t-elle pas de demeurer maitresse de ne pousser vers les études techniques que dans la limite où elle a besoin de techniciens.

L'Armée a besoin de *tant* de médecins de *tant* de *vétérinaires*, de tant de *docteurs ès sciences*, de tant de *docteurs en droit*. Son quantum atteint dans l'une ou l'autre catégorie, qui donc l'empêchera de fermer la porte aux impétrants de cette catégorie, de les écarter des lieux d'études où la fréquentation est indispensable pour l'acquisition d'un diplôme de quelque valeur ? Plus simplement encore, qui la retiendra de réserver les allocations aux plus anciens dans le titre ou à un nombre fixe de ceux dont un concours aura démontré qu'ils savaient le mieux, le plus pratiquement adapter aux besoins de l'Armée leurs connaissances spéciales ?

Le nombre des gradués demeurera infime dans l'Armée. La grosse part ne peut manquer d'être constituée par les indispensables docteurs en médecine. Ce serait errer cependant de croire qu'ils sont ou demeureront les seuls. En raison des développements de la technique, la présence de quelques docteurs ès sciences n'est pas, ne serait-elle pas bienfaisante ? L'intrication des intérêts militaires et des intérêts industriels pour la mobilisation ne rendrait-elle pas expédient et économique que l'Armée disposât d'une certaine quantité d'officiers rompus à l'étude du droit ? Des docteurs en droit ne sont-ils pas utilisés par la Justice militaire ? Quelques professeurs ès langues n'auraient-ils point l'occasion de rendre des services considérables et n'est-il pas de cas où un docteur ès sciences historiques pourrait, dans l'art militaire pur, donner des avis bienfaisants ?

D'aucuns ne manqueront pas de chanter l'antienne : pas de dépenses. Ainsi Gribouille se jetait-il à l'eau pour éviter la pluie, mais l'hermétique Harpagon lui-même ne parvint jamais à supprimer le budget de sa cuisine.

Il faut ce qu'il faut. Et quand on n'a pas voulu en temps voulu ce qu'il fallait il ne reste tôt ou tard d'autre perspective que de réédifier, à frais monstrueux, ce qu'on a laissé s'effriter manque de vouloir ce qu'il fallait, quand il le fallait.

Or, présentement, il faut à nos techniciens d'Armée, les conditions qui empêchent qu'il n'y ait plus, à bref délai, de techniciens d'Armée.

Qu'on me permette de terminer par un *conseil* et par un *appel*.

Le *conseil* s'adresse à ceux de nos confrères qui ne connaissent qu'imparfaitement l'Armée.

L'Armée est, par des côtés importants, une grande école d'égalité. Les techniciens ne doivent pas s'efforcer de faire « bande à part », prétendre s'élever au-dessus des non-techniciens, séparer de la cause de ceux-ci leur propre cause. Ce serait contraire à la justice, au bon goût, à la camaraderie, à l'intérêt même des uns et des autres.

De même le docteur en médecine ne doit pas dans l'Armée, séparer sa cause de celle des autres techniciens, s'éloigner d'eux, montrer de l'orgueil, sur les ruines d'un *esprit de caste*, forger des prétextes, ou rassembler des raisons, à l'édification d'une caste nouvelle.

Mais imbu de l'esprit d'égalité, et c'est ici que j'adresse un *appel* à tous les docteurs en médecine, civils, militaires, coloniaux, marins, de la France ; le médecin de France doit obtenir *matériellement* et *moralement* ce que lui doivent dans les armées de la France, avec son savoir et le prestige de ses savants, son passé, son dévouement, sa culture générale, ses blessés, ses morts, ses martyrs.

La médecine d'Armée se meurt et les médecins militaires, muets par devoir, n'ont pas non plus le droit de s'assembler pour agir.

Je n'ai qualité pour parler au nom de qui que ce soit, mais je suis assuré de traduire exactement le désir de tous mes frères sous le collier en rappelant à tous les médecins de France que jamais, sauf exceptions blâmables, nous n'avons cessé d'être pour eux de bons et loyaux confrères, en leur adressant pour qu'ils nous épaulent un appel que je voudrais aussi pathétique que possible, en leur demandant qu'ils obtiennent pour le médecin dans l'Armée son dû, *matériellement* et *moralement* tout son dû, rien que son dû.

Aussi sauveront-ils un organisme indispensable à la vie normale de la nation et hausseront-ils au juste point le souci méconnu des intérêts et de la dignité du docteur en médecine militarisé de la France.

Dr G. Espé de Metz

Post-scriptum. — Cet article et le suivant (*les Honneurs*) étaient imprimés lorsque la *France Militaire* a publié la proposition de Loi de M. Adolphe Girod, député du Doubs, concernant l'organisation et le fonctionnement du Service de santé militaire.

M. Adolphe Girod, dans l'élaboration de sa remarquable proposition, paraît avoir été guidé par cette conception que les fonctions médicales étant absolument distinctes de toutes autres, la situation des médecins devait être définie par un statut spécial.

Je souhaite ardemment que M. Adolphe Girod soit dans le vrai et que ce soit moi qui me sois trompé ; je souhaite ardemment que les avantages qu'il consent aux médecins soient suffisants pour les retenir dans l'Armée ; enfin je souhaite que les dispositions relatives à la limite d'âge des administrations ne soient applicables qu'au fur et à mesure des extinctions des bénéficiaires de la loi actuellement en vigueur.

En tout cas l'intérêt des médecins, de tous les médecins, le devoir de ceux d'entre eux qui disposent des droits politiques, sont simples :

© BIU Santé

— Assurer M. Adolphe Girod député du Doubs et de leur reconnaissance et de leur adhésion à la courageuse proposition qui tend à élever la condition médicale.

— Faire *bloc en faveur de la proposition Adolphe Girod.*

Dr E. de M.

Reproduction autorisée. Prière d'indiquer la source. *Progrès Médical* du 6 septembre 1924, n° 36.

ANALYSES

The arsenic content of the blood after intravenous injections of neosalvarsan (La teneur du sang en arsenic après les injections intraveineuses de 914). (John A. Fordyce, Isador Rosen et C. N. Myers. *American Journal of syphilis*, janvier 1924.)

Statistique concernant 97 malades et 223 injections. L'analyse du sang, faite immédiatement après l'injection, montre que 37,9 % de l'arsenic sont restés dans le torrent circulatoire et que 62,1 % passés dans les tissus ; cette quantité est maxima immédiatement après l'injection et correspond à une teneur de 3,71 milligrammes d'arsenic métallique pour 100 grammes de sang desséché. Les prises de sang, faites à des intervalles variant de 5 minutes à une année, montrent une diminution progressive de la teneur en arsenic pendant la première heure, après quoi elle demeure presque stationnaire.

J. Lafont.

A review of 2.066 Wassermann tests and clinical histories. (Statistique de 2 066 réactions de Wassermann). (J. Felsen et V. Christina. *American Journal of Syphilis.* janvier 1924.)

Sur 2.066 sujets, 1.744 avaient une « histoire clinique » négative et 322 positive, 134 avaient une réaction de Wassermann positive, soit une proportion de 6 % ; sur ces 134, 76 avaient une histoire clinique négative et 58 une histoire clinique positive. Les cas à réaction douteuse étaient au nombre de 49. Le point le plus intéressant concerne le traitement de 245 malades à histoire positive et à réaction négative ; un certain nombre avait été traité au mercure ; d'autres avaient reçu du salvarsan, mais pendant une période très courte : 6 mois, 3 mois et même 2 semaines ; d'autres enfin n'avaient eu qu'un traitement local. Les A. en concluent que la réaction de Wassermann est peu sensible, que les erreurs de diagnostic sont possibles et que certains cas individuels, bien contrôlés par le laboratoire, montreraient des résultats surprenants avec le simple traitement mercuriel ou avec des séries très courtes de salvarsan.

J. Lafont.

Partition of arsenic in serum and clot after intravenous administration of salvarsan, néosalvarsan and silver salvarsan (Répartition de l'arsenic entre le sérum et le caillot après injections intraveineuses de salvarsan, néosalvarsan et silversalvarsan). (John A. Fordyce, Isadore Rosen. C. N. Myers. *American Journal of syphilis*, avril 1924.)

255 analyses ont été faites après injections intraveineuses de 0 gr. 40 de salvarsan, 0 gr. 60 de néosalvarsan et 0 gr. 25 de silversalvarsan, correspondant respectivement à 126, 109,8 et 52,1 milligrammes d'arsenic métallique, à des intervalles variant de 0 minute à 96 heures. La proportion contenue dans 100 gr. de caillot desséché a été, en moyenne, de 0,58 milligramme pour le salvarsan, 1,04 milligramme pour le néosalvarsan et de 0,76 milligramme pour le silversalvarsan. La quantité moyenne dosée dans le sérum desséché a été, pour 100 grammes, de 4,51 milligrammes pour le salvarsan, de 25, 39 milligrammes pour le néosalvarsan et de 4,47 milligrammes pour le silversalvarsan.

J. Lafont.

Arsenic content of the blood after intravenous injection of tryparsamide. (Teneur du sang en arsenic après injection intraveineuse de tryparsamide. (John A. Fordyce, Isadore Rosen C. N. Myers. *American Journal of syphilis*, avril 1924.)

304 échantillons de sang ont été examinés après des injections intraveineuses de tryparsamide. La dose moyenne administrée a été de 3 grammes, ce qui représente approximativement 756 milligrammes d'arsenic métallique ; avec cette dose la quantité théorique contenue dans le sang devrait être de 67,4 milligrammes pour 100 grammes de sang desséché. L'analyse immédiate montre que 53,2 pour cent de l'arsenic injecté restent dans le torrent circulatoire ; tandis que 46,8 pour cent sont fixés dans les tissus. L'analyse donne, pour 100 grammes de sang desséché, à 0 minute, 35,9 milligrammes, à la 15e minute 7,65 milligrammes et à la 72e heures, 0,012 milligr.

J. Lafont.

Further observations of the Kahn reaction in the serologic diagnosis of syphilis. (La réaction de Kahn et le diagnostic sérologique de la syphilis. (Harther L. Keim et Ann Arbor. *American Journal of syphilis*, avril 1924.)

Les réactions de Kahn et de Wassermann ont été faites concurremment chez 1.000 sujets entrés dans le service de dermatologie et de syphiligraphie de l'hôpital de l'Université de Michigan. Dans la syphilis primaire, la réaction de Kahn est plus sensible ; à la période secondaire, les deux réactions donnent des résultats comparables ; il en est de même à la période tertiaire, bien que le Kahn soit plus précis pour les lésions osseuses. La réaction de Kahn se montre plus sensible que celle de Wassermann dans la syphilis de l'axe médullaire, les formes héréditaires et latentes ; cependant elle donnerait parfois des résultats positifs avec certains sérums non syphilitiques.

J. Lafont.

Etude pharmacologique de l'arsylène. (G. Pouchet, *Bulletin médical*, 16-19 avril 1924, N° 16, p. 440-444.)

L'acide allyl ou propényl-arsinique (arsylène) employé sous forme de sel monosodique, en injections et de sel monocalcique, *per os*, se présente sous la forme d'une poudre blanche, inodore, de saveur salée et fraîche, soluble dans l'eau, assez soluble dans la glycérine, et fort peu soluble dans l'alcool. La solution aqueuse manifeste une réaction très faiblement acide et ne subit aucune modification avant la température de 120°. Ce composé doit être considéré comme un homologue supérieur du méthylarsinate disodique. Il contient 40 % d'arsenic.

Après une étude pharmacologique et physiologique complète de ce produit, et après avoir rappelé les multiples travaux auxquels il a donné lieu dans tous les cas où les cacodylates sont indiqués, qu'on l'utilise à doses intensives (ampoules de 2 cc.) à doses toni-stimulantes (ampoules de 1 cc.) ou à doses progressives selon la méthode de Fowler (granules), le professeur Pouchet fait remarquer que l'Arsylène est capable, tout comme l'acide arsénieux, d'influencer très sensiblement le cours de la trypanosomiase expérimentale. La légère infériorité de son action par rapport à celle de l'acide arsénieux est plus que largement compensée par sa tolérance qui donne la possibilité de prolonger la médication, même à doses relativement élevées, sans courir les risques de l'arsenicisme, auquel aboutit fatalement le traitement par l'acide arsénieux, si l'on cherche à réaliser le maximum d'efficacité.

On peut dire que l'arsylène réunit la facile tolérance des alcoylarsinates à l'énergique action thérapeutique de l'acide arsénieux ; cette étude pharmaco-physiologique très importante

© BIU Santé

vient d'ailleurs confirmer les résultats thérapeutiques très intéressants obtenus de divers côtés et dont notamment la thèse de Culty (Lyon, 1923) a rendu compte.

A case of precocious puberty. (Un cas de puberté précoce. (Robert Hutchinson et Gladys Wanhope. *British Journ. of Children's diseases*, janvier-mars 1924.)

Il y a trois causes de puberté précoce : les tumeurs du cortex surrénal qui donnent un type pseudo-masculin avec aménorrhée et hypertrophie du clitoris ;

les tumeurs de la périnéale, qui s'observent chez les garçons et s'accompagnent d'une taille élevée ;

les tumeurs ou l'hyperplasie de l'ovaire avec menstruation précoce, développement des seins, pilosité pubienne.

Henri Vignes.

A propos d'un cas de guérison de goitre exophtalmique après radiumthérapie d'un fibrome de l'utérus. (Karsis. *Gynécologie et obstétrique* 1924, tome X n° 1).

Femme de 38 ans avec un fibrome dépassant l'utérus de deux travers de doigts et un goitre exophtalmique à syndrome complet (dont une tachycardie à 160).

Elle se rappelait avoir constaté que son cou grossissait, il y a 5 ans, tandis que la tumeur de l'abdomen n'était aperçue que trois ans plus tard.

Radiumthérapie du fibrome. Dix jours après, les métrorrhagies ont disparu. Mais de plus les symptômes du goitre se trouvaient considérablement calmés, tandis que la thyroïde paraissait diminuée de volume et les pulsations cardiaques s'étaient abaissées à 100 par minute.

Dix jours après, sans nouveau traitement, l'amélioration avait continué.

On fit une nouvelle application qui amena la guérison complète des deux lésions.

Henri Vignes.

Considérations sur les causes anatomiques de la frigidité chez la femme (Narjani, de Paris (1). *Bruxelles Médical*, 27 avril 1924, p. 768.)

Il faut distinguer chez la femme le désir (*libido*) et l'aptitude au plaisir (*voluptas*) que l'auteur étudie plus spécialement dans cet article.

Il y a deux sortes de frigidité :

1° *Frigidité par inhibition psychique*, soit réaction toute naturelle en présence d'un homme indifférent ou antipathique, soit trouble absolument anormal, rare d'ailleurs, « qui persiste jusque dans les bras d'un homme très aimé. »

2° *Frigidité par insensibilité* dans le coït, sans qu'il y ait anesthésie (effet des caresses).

Ces derniers cas ont été rattachés aux « habitudes vicieuses » (l'insensibilité serait due aux habitudes antérieures d'onanisme) ou à la « théorie des innervations variables » (c'est une zone différente suivant la femme qui est le siège de la volupté : clitoris, colonne antérieure du vagin, col utérin, ganglion de Lee et la bonne zone n'est pas excitée), ou à la théorie du « réflexe imaginatif ».

L'auteur propose une autre théorie.

Pour lui, tout est affaire de la distance du méat (pris comme repère de l'entrée du vagin) au bord postéro-inférieur du clitoris.

Il a mesuré soigneusement ce diamètre chez 200 femmes.

61 %	avaient un	diamètre	entre 1 cmc 3/4 et 2 1/4
8 %	—	—	au dessous de 1 3/4
10 %	—	—	d'environ 2 1/2.
21 %	—	—	entre 2 1/2 et 3 1/2.

Les femmes de la dernière catégorie qu'il a pu interroger n'avaient jamais ressenti de *voluptas* par les rapports normaux.

Ces femmes ont un développement exagéré du système caverneux clitoridien qui repousse en haut et en avant un peu analogue à ce qui se passe chez l'homme : il s'agit d'une forme atténuée de virilisme. Elles ont souvent une grande taille.

Henri Vignes.

Une opération de spina bifida avec guérison complète. (Perrenot. *La Loire médicale*, déc. 1922 p. 753.)

Trois variétés de spina bifida : 1° l'arrêt de développement se produit au stade de la gouttière. La moelle se présente sous la forme d'une lame étalée à la face dorsale de l'embryon qui, de chaque côté, se continue directement avec le feuillet ectodermique. La substance médullaire est donc à nu. Si la moelle est étalée sans tumeur kystique surajoutée, c'est le *rachischisis*. Bien plus souvent, il existe une tumeur ; c'est alors la *myéloméningocèle*, qui est la forme de beaucoup la plus fréquente du spina bifida.

b) Si la moelle est parvenue à son deuxième stade lorsque l'anomalie commence, elle est transformée en tube. Il se produit un épanchement kystique dans le canal épendymaire. Le tube médullaire forme une tumeur qui fait issue à travers la fissure vertébrale : c'est la *myélocystocèle*. Parfois à l'hydrorachis interne se surajoute un hydrorachis externe périmédullaire, développé dans les méninges. Une méningocèle est venue s'adjoindre au myélocyste : on a alors une *myélocystoméningocèle*.

c) Enfin, dans une troisième catégorie de faits, la moelle a pu poursuivre son évolution jusqu'à son complet développement, mais l'arc osseux qui doit l'entourer est demeuré ouvert. Par cette fissure sort une tumeur kystique, uniquement formée aux dépens des méninges ; c'est la *méningocèle*. Cette dernière variété est fort discutée, et la plupart des auteurs admettent qu'elle n'existe pas.

La myéloméningocèle menace souvent de se rompre. On l'extirpe, mais il ne faut pas compter ménager les éléments nerveux d'où paralysie.

Les autres formes sont beaucoup plus rares et moins graves. L'auteur a opéré avec succès un enfant atteint de myélocystocèle et n'ayant par ailleurs aucun autre symptôme que sa tumeur.

Dans ces formes anatomiques, pourtant les plus favorables, l'opération est très délicate, bien qu'elle ne soit pas d'une technique malaisée. La moindre infection peut amener une méningite. Enfin, et surtout, l'hydrocéphalie est à craindre à la suite de l'opération, car la tumeur, réservoir de liquide céphalo-rachidien, formait une espèce de soupape de sûreté. Cette hydrocéphalie peut entraîner la mort, plus ou moins retardée. Si elle est modérée, elle peut s'arrêter à un moment donné de son évolution, mais elle laisse l'enfant arriéré, presque idiot. Il est vraiment exceptionnel que l'on n'en observe pas le moindre signe, comme dans le cas rapporté.

Henri Vignes

Le cuivre dans les tumeurs et les tissus normaux. (C. P. White. *Lancet*, 1er octobre, 1921, p. 701.)

Le cuivre existe chez tous les êtres vivants et surtout dans les graines et les œufs. Les tumeurs qui dégénèrent en contiennent plus que les autres.

H. Vignes.

A new site for vaccination. (Un nouvel endroit pour la vaccination). (Goldberger, *New-York medical journal*, 1920, CXII, p. 1035.)

G. propose de vacciner à l'union de la face postérieure et de la face interne du bras.

H. Vignes.

(1) Nous n'avons pas trouvé de confrère de ce nom dans les Annuaires médicaux de Paris.

© BIU Santé

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE, INSUFFISANCE OVARIENNE, MÉTRITES, SALPINGITES
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX, VARICES, PHLÉBITES, HÉMORRHOÏDES, PLÉTHORE PAR STASE VEINEUSE

1° SIMPLE
Hamamelis, Marron d'Inde
Condurango, Viburnum,
Anémone, Séneçon
& Piscidia

R.C. Seine 111.464.

Indhaméline Lejeune

Simple & Pluriglandulaire
20 à 30 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

LITTÉRATURE & ECHANTNS MÉDICAL Laborat^res A. Lejeune, 12, R. Emilio Castelar, PARIS (XIIIe)

2° PLURIGLANDULAIRE
Hypophyse Ovaire
Surrénale, Thyroïde
& principes Végétaux
de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE
simple

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
Pour le traitement et l'éducation des enfants anormaux des deux sexes
ENFANTS DIFFICILES & NERVEUX
ARRIÉRÉS A TOUS LES DEGRÉS
ÉPILEPTIQUES
FONDÉ EN 1892 PAR LE Dr BOURNEVILLE
Médecin en chef : Dr PAUL-BONCOUR ✱, ancien interne des Hôpitaux. :- ALBOUY, Directeur pédagogique.

L'**Institut médico-pédagogique** est destiné :
1° Aux enfants présentant de *l'instabilité mentale* et sujet à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont, par conséquent, besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale* et d'une *discipline particulière* ;
2° *Aux enfants arriérés et idiots* ;
3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses ou d'épilepsie* ;
Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.
Il est situé à **Vitry**, près Paris, **22**, rue Saint-Aubin; au milieu d'un vaste parc admirablement planté. L'établissement, éclairé à l'électricité et isolé des propriétés voisines, est pourvu d'*écoles*, d'*ateliers*, de *gymnases*, de *bains*, d'un *service d'hydrothérapie*, de *salles de réunion*, etc.
S'adresser, 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine, ou à M. le Dr G. PAUL-BONCOUR, 164, Faubourg Saint-Honoré, Paris. — Téléph. Elysées 32-33.

Affections des **Voies Respiratoires, Lymphatisme,** Maladies de la **Peau**
SIROP ET Granules **CROSNIER**
MINÉRAL-SULFUREUX au *MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE* et *GOUDRON*
Succédané des Eaux Sulfureuses
ADULTES : Une cuillerée à bouche ou deux granules, 2 ou 3 fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après le repas.
..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates. (Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine** de Paris, 7 Août 1877).
PARIS : 6, Rue Chanoinesse *et toutes Pharmacies.*

Granules de CATILLON STROPHANTUS
A 0.001 **Extrait Titré** de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES,** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS,** etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.
Granules de CATILLON à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.
Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. **Exiger la Signature CATILLON**
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine, 46353

© BIU Santé

ANALYSES

Contribution à l'étude de la thermorégulation et à l'état du système végétatif dans le myxœdème et le goitre exophtalmique. (Antonin Dvorak. *Bratislavské Lekarske Listy*, janvier 1924, p. 171.)

Dans le myxœdème, l'adrénaline ne produit pas l'hyperglycémie, avec glycosurie consécutive, mais seulement une bradycardie, suivie d'une accélération modérée du pouls. D'autres symptômes manquent complètement. La cutiréaction à la morphine et à l'adrénaline est restée négative. Le sympathique montre une irritabilité peu prononcée. Après organothérapie, l'hyperglycémie et la glycosurie sont marquées ; la tachycardie provoquée par l'injection est suivie de salivation, de pâleurs, de vomissements et d'arythmie. La tension artérielle monte, la cutiréaction aux agents cités plus haut est positive, le sympathique est devenu plus irritable.

Dans le goitre exophtalmique, une dose minime d'adrénaline (0.3 mg) est suivie de tachycardie avec élévation considérable de la tension artérielle, hyperglycémie et glycosurie ; la cutiréaction pharmacodynamique est aussi nettement positive. Il s'agit donc d'une hypersympathicotonie générale.

La pilocarpine provoque, dans le myxœdème, avant organothérapie, une salivation et transpiration très marquées, suivies de chute de température. Dans le goitre exophtalmique, l'injection de pilocarpine est également suivie d'une salivation considérable avec transpiration générale, sans abaissement de la température.

L'atropine, administrée dans le myxœdème, est capable de démontrer l'existence d'une hypervagotonie ; après organothérapie, l'intensité de la vagotonie est diminuée. Dans le goitre exophtalmique, le pneumogastrique subit aisément une parésie sous l'influence de l'atropine.

Dans le myxœdème, la thermorégulation est aussi altérée par suite de l'insuffisance de la thyroïde. Après un bain froid, la courbe de température montre une dépression considérable, avec élévation consécutive ramenant très lentement au niveau initiale. Après organothérapie, la chute de température n'est plus si considérable, et l'hypothermie n'a pas une durée aussi longue. L'application d'un bain chaud ne provoque aucune élévation de la température dans le myxœdème avant traitement opothérapique. Par contre, le myxœdème traité par la thyroïdine montre une hyperthermie marquée. Dans le goitre exophtalmique, cette hyperthermie atteint un degré considérable.

Henri Vignes.

Le soufre dans la thérapeutique interne des dermatoses. (Bory et Flurin. *Les Sciences médicales*, 29 février 1924, p. 49.)

On n'ordonne pas assez le soufre par voie interne. Les malades qui sont améliorés par les eaux sulfureuses ne doivent pas cette amélioration seulement aux pratiques balnéothérapiques externes, mais à l'ingestion de soufre thermal.

1° Les médications soufrées internes. Le soufre doit être employé à l'état naturel (soufre pur) ou très rapproché de cet état (sulfures alcalins et H^2S). Le soufre oxydé ne se fixe pas dans l'organisme : les eaux sulfitées ou hyposulfitées ont une action douteuse, les eaux sulfatées ont une action nulle.

On admet que le soufre pur au contact des albuminoïdes donne H^2S, en sorte que ce serait sous cette seule forme que le soufre serait absorbé. Pour B. et F., il est évident que dans ces conditions, il se forme de l'H^2S, mais rien ne prouve que ce soit sous cette forme qu'ait lieu l'absorption et il reste difficile de dire comment une molécule de soufre est utilisée

Voie respiratoire. — Cette voie d'entrée, qu'on a étudiée à propos des catarrhes bronchiques, a certainement un effet sur l'état général.

Voie digestive. — On peut employer les préparations colloïdales (administrées un peu avant la fin du repas), qui donnent d'excellents résultats dans les troubles articulaires, mais rien dans les dermatoses ou bien un demi-verre tiédi (le matin à jeun) de l'eau sulfurée artificielle.

Monosulfure de sodium.....	0.13
Chlorure de sodium.....	0.13
Eau bouillie.....650	grammes

ou mieux encore les eaux minérales naturelles.

Voie sous-cutanée. — On a injecté des eaux minérales prises au griffon et sans stérilisation ; eau d'Ax-les-Thermes (sous-cutanée), eau d'Uriage (qui est isotonique et qu'on emploie dans la veine à dose massive : 20 cc. ou plus). Les produits colloïdaux donnent du choc. Il est préférable d'utiliser les huiles soufrées (à 10 cgr. par cc.)

2° Indications : acnés, pelade, psoriasis où les préparations soufrées, sans être le remède idéal et constamment efficace, constituent un moyen d'action important, séborrhéides psoriasiformes et enfin eczéma.

Henri Vignes.

(*Voir la suite page* 772).

Laboratoires **VIGIER et HUERRE**, *Docteur ès Sciences*, **12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS**

Traitement de la Syphilis

par les injections indolores intramusculaires de **BISERMOL VIGIER** (Mercure et Bismuth)

à 40 gr. d'**AMALGAME de BISMUTH** pour 100 ccs — Injection indolore — Résorption rapide.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Huile grise stérilisée de Vigier à 40 %
Huile au Calomel stérilisée et indolore de Vigier à 0 gr. 05 par cent. cube.
Ampoules Hypertoniques, saccharosées, **indolores**, au **Bi-odure de Hg Vigier**, à 0, 01 et 0, 02 centigr. par c.c.;
Ampoules Hypertoniques, saccharosées, **indolores**, au **Benzoate de Hg Vigier**, à 0, 01 et 0, 02 centigr. par c.c. ;
SUPPOSITOIRES D'HUILE GRISE VIGIER à 1, 2, 3, 4 et 6 centigr. de Mercure.

Pour éviter les *accidents buccaux chez les syphilitiques*, prescrivez **SAVON DENTIFRICE VIGIER**

R. C. Seine 15.041



PHOSPHOREOL DUROY

TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE

CERVEAU - CŒUR - MUSCLES

Échantillon : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Cours de Pharmaco-dynamie de l'Université de Liége

Leçon sur la physiologie des capillaires sanguins

Par le Professeur **HENRIJEAN.**

Membre associé de l'Académie de Médecine de Paris.
Dr *Honoris causa* de Lyon et de Toulouse.

Les problèmes physiologiques ou pathologiques que le médecin est appelé à étudier et à résoudre ont, le plus souvent et pour de multiples raisons, été envisagés à un point de vue trop général L'esprit considère d'abord les phénomènes dans leur ensemble, dans leur résultat et ce n'est que plus tard qu'il en recherche les éléments et qu'il analyse les détails. Les philosophies et la poésie ont, pour les mêmes raisons, précédé les sciences.

Les physiologistes ont pour cela aussi étudié l'organisme dans son ensemble avant d'en analyser les fonctions et d'en scruter les détails. A mesure qu'elle se perfectionnait elle étudiait les organes, déterminait leur structure cellulaire et ne tardait pas à analyser cette dernière en détail.

Dans ces derniers temps, les biologistes ont, en effet, pénétré plus avant encore et ils ont décomposé la cellule comme les physiciens et les chimistes avaient décomposé l'atome. Ils purent alors montrer que les phénomènes biologiques n'avaient ni la simplicité des phénomènes chimiques atomiques ni, non plus, la complexité redoutable que leur supposaient les vitalistes, complexité devant laquelle leurs prédécesseurs s'étaient arrêtés, remplis d'émotion, semblables aux croyants qui n'osent franchir les portes du temple et s'y arrêtent, figés par le mystère des rites, redoutant la colère des dieux.

La force vitale intangible semblait avoir pour toujours voilé les secrets de la vie.

Et chaque fois que le savant avait cru pénétrer le mystère de cette force, un nouveau problème surgissait qui semblait faire renaître les doutes.

Mais à mesure que les chercheurs ont mieux pénétré la constitution de la matière et celle des organes, le lien des phénomènes dont ceux-ci sont le siège leur est apparu plus clairement et ils ont suivi leur filiation jusque dans l'intimité même des organes. Et à mesure que la vue s'étendait, le biologiste abandonnait successivement toutes les explications conventionnelles qui masquaient sous la magie des vocables l'ignorance réelle, cherchant ainsi à satisfaire l'esprit en lui donnant l'illusion du savoir.

C'est pour cela que bientôt on ne considéra plus le rapport des organes et des fonctions au seul point de vue du système nerveux et que l'on montra que leur collaboration dépendait de modifications sanguines ou humorales, que la composition du milieu intercellulaire avait une importance capitale au point de vue de l'équilibre fonctionnel de l'organisme.

Aussi bien que les anatomistes ont décomposé les organes en leurs éléments, les physiologistes ont disséqué la fonction générale en celles des éléments dont elle n'est, peut-on dire, que la sommation. Lorsqu'on eut constaté que les organes étaient loin d'avoir l'uniformité de texture et de constitution primitivement admise, on comprit que les fonctions n'avaient pas la simplicité qu'on leur avait primitivement attribuée.

Les phénomènes d'absorption et d'élimination sont à ce point de vue pleins d'enseignement. L'étude des phénomènes de la circulation ne l'est pas moins.

Après avoir étudié les fonctions du cœur, des vaisseaux, artères, veines et capillaires dans leur ensemble, macroscopiquement, pourrait-on dire, on montra que le cœur contenait des éléments divers dont les fonctions sont pour quelques-uns encore pleins de mystère. La fonction du cœur est bien loin d'avoir la simplicité qu'on lui supposait lorsque les théories neurogènes et myogènes étaient en présence. On ne tarda pas à localiser en effet, en des points divers du cœur, des fonctions particulières, aussi bien que l'on avait situé des centres fonctionnels particuliers dans les différentes parties du cerveau.

Les vaisseaux n'apparurent plus comme de simples tubes dans lesquels le sang et la lymphe circulent, organes purement passifs transportant les éléments nutritifs et les gaz nécessaires aux phénomènes énergétiques dont l'organisme est le siège, emportant ensuite les résidus de la nutrition.

On sait aujourd'hui qu'ils sont loin d'avoir cette passivité. Ils jouent un rôle actif dans l'ensemble des phénomènes de la nutrition normale et pathologique. Au point de vue pharmacodynamique, il en est de même.

Dans la partie terminale de l'appareil vasculaire aussi bien qu'à l'origine du cœur, pourrait-on dire ; au point ou débute sa contraction, il est des éléments spéciaux, peut-être moins différenciés, d'une vie plus élémentaire pourrait-on encore dire dont l'importance est considérable. Leur fonction commence seulement à être étudiée.

Dans le bel article qu'il écrivait récemment dans la *Presse Médicale*, le professeur Policard, avec cette compréhension élevée de l'histologie qui lui est propre, a résumé en une belle synthèse le mécanisme de la circulation capillaire et montré la complexité des fonctions des capillaires sanguins. Cet article est à rapprocher de celui paru dans le *Paris Médical*, dans lequel l'auteur résumait avec sa philosophie coutumière ses idées sur la constitution de la cellule.

L'histologie ainsi comprise devient singulièrement suggestive, elle apparaît comme la préface d'une embryologie et d'une physiologie cellulaires vers lesquelles la physiologie marche à grands pas.

« La découverte de l'organisation des capillaires sanguins par Recklinghausen a peut-être été nuisible, dit-il, en enracinant dans l'esprit médical une notion purement morphologique au détriment certain des conceptions physiologiques ». On peut ajouter que, bien souvent, l'histologie descriptive a dû encourir ce reproche.

La morphologie des capillaires envisagée sous la forme simple de jadis a amené les physiologistes de cette époque à considérer ces organes comme des lieux d'échange. Mais les lois de l'osmose alors connues étant insuffisantes pour expliquer certains phénomènes d'absorption ou de sécrétion, il fallut bien admettre que la pression hydrostatique agissait, dans certains cas, en sens inverse de la pression osmotique elle-même. Cela ne suffit cependant pas toujours et l'on eut alors recours à l'hypothèse d'une activité propre des éléments cellulaires qui avait, avec la vieille idée des propriétés vitales, des rapports suspects. On fit jouer, nous l'avons dit, un rôle considérable à la pression osmotique puis aux nerfs vaso-moteurs, envisageant ici aussi les effets produits dans leurs résultats, bien plus que le mécanisme de leur production et de leur évolution.

Les capillaires sanguins possèdent cependant un appa-

© BIU Santé

reil contractile propre et des nerfs vasoconstricteurs et vasodilatateurs particuliers. Ces derniers dépendent des ganglions spinaux. Les autres viennent du sympathique.

En réalité le problème de la circulation dans les capillaires, aussi bien que l'histologie, est beaucoup plus compliqué qu'on ne l'a admis généralement. Le calibre des vaisseaux terminaux, leurs lumières peut changer sans qu'il y ait de modifications correspondantes du diamètre extérieur, c'est-à-dire sans que les vaisseaux se contractent. Ces changements sont indépendants de la pression sanguine; ils ne sont pas une conséquence passive des changements de la pression sanguine mais celle d'une action propre, indépendante, de certains éléments cellulaires des capillaires: les cellules de Rouget (du nom de l'auteur qui les a décrites en premier lieu). Les physiologistes, dominés par la notion de spécificité fonctionnelle, ont d'abord attribué aux seuls éléments musculaires des propriétés de contractilité, aussi bien qu'ils n'avaient considéré dans le cœur que la seule contractilité des éléments musculaires. Il existe cependant dans le cœur adulte aussi bien que dans le cœur primitif des éléments comparables à certains points de vue aux cellules de Rouget et qui jouent un rôle considérable dans la fonction cardiaque. Ces éléments, aussi bien que les cellules de Rouget ne sont pas absolument ou complètement sous la dépendance du système nerveux sympathique ou parasympathique. D'autres facteurs que les facteurs nerveux peuvent intervenir pour modifier les fonctions de l'organe. Le cœur n'a pas de nerfs moteurs propres. Il se contracte spontanément pendant longtemps lorsqu'il est maintenu dans un liquide de composition convenable.

Les nerfs du cœur en modifient simplement le rythme.

On doit se demander si le système vasculaire, dans ses parties terminales périphériques, n'est pas dans une situation analogue et si à ce propos des rapprochements intéressants ne s'imposent pas. On ne peut pas le nier et nous pensons que la biologie générale et la philosophie scientifique ont intérêt à étudier ce point particulier de physiologie.

Ce n'est pas le moment de nous y arrêter. Quoi qu'il en soit on peut dire que la passivité des capillaires n'existe pas plus que la passivité des membranes cellulaires dont la perméabilité, les propriétés osmotiques elles-mêmes sont des phénomènes dynamiques. La couche limite des éléments cellulaires a une perméabilité variable, elle vit c'est-à-dire qu'elle change... les conditions les plus diverses peuvent l'influencer et la tératologie qui est liée à cette propriété des cellules est actuellement étudiée expérimentalement.

Les membranes cellulaires constituant les parties terminales des capillaires peuvent, elles aussi, subir des modifications particulières par le fait des modifications des liquides qui les baignent, modifications physiologiques résultant de la vie normale des individus et, aussi modifications pathologiques de causes les plus diverses.

En s'appuyant sur l'expérience, cette conclusion s'impose que la physiologie des capillaires est loin d'avoir la simplicité qu'on se plaisait à lui attribuer. Si l'on sectionne les racines postérieures des nerfs de la moelle et que l'on fasse l'étude plétismographique de la patte de la grenouille ainsi préparée, on constate que l'excitation des racines nerveuses ainsi sectionnées provoque la dilatation des capillaires.

Si on injecte de l'acétyle choline (A) dans le sac lymphatique, on observe une dilatation marquée des artères et une dilatation beaucoup moins marquée des capillaires. Si, en même temps que l'acétyle choline agit on excite les racines postérieures, la dilatation des artères n'augmente pas, tandis que celle des capillaires s'accroît fortement.

Si on substitue à l'acétyle choline de l'histamine (1) on constate d'autres effets, c'est ainsi que l'on observe une dilatation très marquée des capillaires et une dilatation faible des artères. L'excitation des racines postérieures faite simultanément produit une forte dilatation des artères et une dilatation faible des capillaires. En comparant ces effets, on doit admettre l'existence d'une certaine indépendance des innervations vaso-motrices des capillaires et des artères.

Les éléments nerveux en cause ont, probablement, des origines différentes. Le problème de la dilatation des capillaires est complexe. Il existe, incontestablement, une dilatation des capillaires d'origine nerveuse analogue à la dilatation active des artères (rougeur émotive). Il y a vraisemblablement aussi une dilatation des capillaires par paralysie des vaso-constricteurs. Mais il est incontestable aussi que toutes les dilatations capillaires ne sont pas d'origine nerveuse, bien que les nerfs soient les agents principaux de la dilatation. Certaines substances chimiques, notamment certains produits de la nutrition, peuvent agir comme dilatateurs capillaires. De faibles modifications dans la teneur des humeurs en ions H peuvent produire de la vaso-dilatation capillaire et artérielle. On ne peut s'empêcher de penser que cette hyperémie d'activité, comme on l'appelle encore, si elle se localise au point de d'action des ions H a de grandes analogies avec les hyperémies cutanées des maladies infectieuses éruptives et qu'il y a, peut-être, là un dispositif utile susceptible de jouer un rôle important dans la lutte contre les agents des maladies infectieuses, si l'on considère le rôle actif dans ce sens de la peau dans certains cas.

En résumé, on peut dire que la dilatation des vaisseaux se produit par voie nerveuse, par excitation des dilatateurs d'origine centrale ou périphérique, soit par action de substances formées dans les tissus, substances agissant indirectement par l'intermédiaire du système nerveux, soit directement sur les éléments des capillaires. On peut admettre qu'il soit possible d'observer de la dilatation simultanée des artères et des capillaires, soit la contraction simultanée des mêmes éléments, soit la contraction des artères et la dilatation des capillaires, soit encore la dilatation des petites artères et des capillaires.

Dans le premier cas, le courant sanguin est accéléré, dans le second il y a ischémie, dans le troisième le courant sanguin est ralenti, dans le quatrième la préstase ou la stase sont observées.

Il n'est pas toujours aisé de dire avec certitude la part qui revient dans la production de ces phénomènes à l'action nerveuse et celle qui incombe directement anx cellules des capillaires (cellules de Rouget). Mais on connaît des faits qui établissent l'action de substances pharmacodynamiques sur des districts vasculaires spéciaux. L'histamine (1) retirée de l'extrait aqueux de seigle ergoté a une action différente sur les capillaires et sur les artères pulmonaires. Les travaux de Cloetta et Anderes ont montré que la chute de pression générale causée par l'histamine s'accompagne d'une hausse considérable de pression dans les vaisseaux de la petite circulation ; les artères pulmonaires sont fortement contractées et le cœur

(1) Barger et Doll ont isolé dans l'extrait aqueux de seigle ergoté deux amines protéinogènes : la paraoxyphénylamine (tyramine) et la β. imidazolyléthylamine (histamine), la tyramine agissant comme l'adrénaline mais 20 fois moins énergiquement ; l'histamine douée de propriétés hypotensives. La première agissant peu sur les fibres utérines, la seconde agissant, au contraire, activement.

© BIU Santé

droit a un travail plus considérable à accomplir pour aboutir à une absorption d'oxygène moindre.

L'action de l'histamine est différente sur l'organe isolé et sur l'organe ayant conservé ses connexions nerveuses. L'organe isolé est traversé, sous son influence, par une quantité de sang moindre. Chez l'animal intact la pression tombe, bien que le cœur conserve toute son activité. Le sang est nettement plus abondant à la peau et aux extrémités. L'observation directe montre une contraction nette des petites artères.

L'ergotamine, isolée par Stoll dans l'ergot, et qui a été expérimentée par Spiro et Rothlin, serait sans action sur la circulation pulmonaire, tandis qu'elle augmenterait la pression générale, à la dose de 3 à 8 milligr. par kilo, elle produirait la gangrène de la crête du coq. On sait qu'il existe une série de poisons capillaires agissant dans le même sens que l'histamine, et ayant comme cette substance, une action paralysante sur les éléments contractiles des capillaires.

La plupart des bactéries produisent des substances agissant sur les capillaires, Mais on n'en connaît pas la nature chimique. Beaucoup de maladies infectieuses s'accompagnent de phénomènes cutanés éruptifs et congestifs. On peut se demander si cet effet est conséquence de la formation de substances chimiques bien définies ou le résultat d'un trouble d'équilibre colloïdal. On n'a pas plus isolé les congetines variées que l'on n'a a isolé chimiquement et défini bien des corps auxquels on attribue un rôle important en pathologie. Mais les faits n'en restent pas moins aussi bien que le chaud et le froid existent sans phlogistique. C'est une erreur qui remonte à Aristote que de considérer invariablement les phénomènes pathologiques comme dépendant de la production de toxines. Nous objectivons, en agissant ainsi, des qualités de l'organisme comme les anciens matérialisaient le chaud et le froid, le sec et l'humide.

On peut concevoir que certains produits du métabolisme normal ou pathologique puissent agir directement sur les capillaires les plus proches. C'est peut-être ainsi que se forment certaines éruptions pathologiques, certaines roséoles notamment. C'est à l'expérience à résoudre cette question. Nous montrerons dans une prochaine leçon que ces considérations ne s'appliquent pas aux seuls phénomènes pathologiques ; certains produits normaux de l'organisme agissent vraisemblablement d'une manière très analogue. C'est ce que nous verrons en étudiant l'adrénaline.

MÉDECINE MILITAIRE

Les honneurs

Comme je disais à un confrère civil, militarisé temporairement : « Maintenant que vous voilà officier ..... ».

— Pardon, me dit-il ; je ne suis pas un officier. J'ai étudié la question et fait un pointage serré. Je ne suis pas un officier, je suis exactement un *six-dixièmes d'officier*. Je ne proteste pas contre ces six-dixièmes que je possède ; ce sont les quatre-dixièmes que je n'ai pas qui me froissent.

— Cependant, fis-je, la Loi sur.....

— La Loi, mon bel ami, m'a conféré solennellement la qualité d'officier. Mais de telles restrictions ont été apportées savamment, intelligemment et beaucoup moins solennellement à la jouissance de cette qualité que, ainsi que je viens d'avoir l'honneur de vous le certifier, je ne dispose que des six-dixièmes de l'effectivité de la susdite qualité d'officier.

Or, reprit-il après quelques instants, nous autres médecins nous ne demandons pas du tout qu'il y ait deux ou plusieurs catégories d'officiers, mais s'il y en a plus d'une, nous prétendons être dans la première et non pas dans la seconde.

— D'où vous vient cet orgueil ?

— De ceci, cher Confrère :

Primo. — Docteurs en médecine, nous sommes d'une culture qui nous permet d'aller de pair avec les officiers les plus intellectuels et avec les officiers les plus intelligents de l'armée. Admis dans les milieux civils les plus fermés, les plus huppés ou les plus savants, pourquoi notre corporation souffre-t-elle dans l'Armée d'amoindrissements de considération qu'elle ne subit nulle part ailleurs ?

Secundo. — Nous rendons infiniment de services. (Qui donc oserait le nier).

Tertio. — Nous sommes des combattants. J'ai formé, commandé, mené au feu des G. B. D. Or, la force de la vérité a imposé de classer les G. B. D. unités combattantes. Les G. B.D sous le commandement de médecins, ont défilé sous l'Arc-de-Triomphe.

Quarto. — Non seulement, nous sommes des combattants mais, qui pis est, nous sommes des combattants passifs, ce qui veut dire que dans les pires enfers : La Somme, Verdun, Le Chemin-des-Dames, etc., etc., etc., exposés à tous les coups, nous dûmes nous maîtriser impitoyablement pour ne pas nous soulager en faisant le coup de feu. Combien, plus dur pour nous, n'est-il pas vrai, que pour ces honorables officiers et praticiens allemands qui, dans la sécurité d'un laboratoire, loin de la bataille, jouaient un rôle de combattant actif en brassant des gaz et en cultivant des bacilles destinés à nos lignes ou souvent même, plus simplement, en écrivant beaucoup de papiers très nécessaires. Dites-moi, combien avons-nous laissé des nôtres, des médecins, sur le carreau ?

Cinquièmement. — La guerre terminée, durant le temps de paix, nous sommes parmi les rares qui, comme MM. les aviateurs par exemple, ne cessent pas d'encourir l'accident professionnel. Sans doute, le pourcentage des aviateurs est-il présentement plus chargé que le nôtre. Laissez courir le temps. Bientôt l'avion sera de tout repos alors que nous continuerons de faire, au chevet des malades, des récoltes de micro-organismes et de cultiver en nous, ces intéressantes personnalités de façon bien plus nocive pour notre santé et pour la durée de notre vie qu'on ne le croit communément.

Sixièmement. — Parce que dans les Congrès, je suis humilié, en présence de nos confrères de quantité d'autres nations, d'être officiellement affublé d'une appellation qui témoigne du dédain dans lequel me tient l'Armée de mon propre pays.

Septièmement. — Parce que tout 6/10e d'officier que je sois j'ai durant la guerre commandé non seulement des médecins, mais des officiers intégralement officiers. Et parce qu'il me répugne, qu'un officier-médecin soit, comme il est advenu en Afrique, aux ordres de son sergent concierge ou exposé aux duretés du commandement d'un sous-officier de planton.

Huitièmement. — Parce que le Corps de Santé est un Corps, une Arme, non.....

Mais j'interrompis le bon confrère qui n'avait plus à me faire valoir que dix-sept arguments de premier ordre et une soixantaine d'importance accessoire. Et, non sans lui avoir fait observer, avec quelque malice, que si les médecins civils affectent parfois de ne se point soucier beaucoup de ce qui a trait aux galons, aux décorations, et, en général de tout ce qui flatte ou surexcite l'humaine vanité, ils ne laissent pas, en général, que d'être très renseignés sur leurs droits et parfaitement sensibles aux marques de considération ou au manque de considération, je lui demandai de m'énoncer brièvement ce qu'il réclamait pour la corporation médicale des Volontés Supérieures qui régissent le pays.

— Renseigné, répliqua-t-il. Mais certainement. Pourquoi donc pas ? — Pensez-vous que je sois obtus au point de ne pas avoir observé en quelle moindre estime les Poilus tiennent les : *Monsieur le* ou d'ignorer ce que c'est que de passer inéluctable-

© BIU Santé

ment en toutes circonstances *à la gauche* toujours et partout, ou du moins chaque fois qu'il s'agit de toute autre chose que d'aventurer sa peau et ses os. J'ai réfléchi, allez. D'ailleurs, voici mon texte :

Il dénicha dans sa poche un papier et lut :

« Les officiers du Corps de santé ont, sous réserve de l'obser-
« vance des stipulations de la Convention de Genève, l'effec-
« tivité intégrale et sans restrictions de la qualité d'officier
« avec d'une part, les devoirs, obligations et responsabilités,
« d'autre part les droits, attributs, dénominations, appellations
« et, de façon générale, tous avantages et caractéristiques affé-
« rents à leur grade dans la hiérarchie générale ».

— Hem ! fis-je, un peu long. Et reste à savoir encore, si, même avec un pareil texte, ce qui sera accordé en fait d'attribut honorifique *de grade* ne pourra pas être plus ou moins annihilé par d'adroites distinctions entre les attributs honorifiques *de fonctions*.... Mais l'intention demeure excellente et je vous sais gré d'avoir réservé les droits de la *Convention de Genève*.

Notre homme avait, en effet, touché là un point important.

Car, si le médecin peut et doit commander personnes et organismes sanitaires couverts par la *Croix de Genève*, il ne peut pas, particulièrement au cours ou en vue d'une lutte contre un ennemi ayant signé la Convention de Genève, commander une troupe non sanitaire, ni même,bien entendu, instruire semblable troupe en vue du combat.

Dans la règle, particulièrement dans la guerre contre des civilisés, le commandement du médecin ne doit s'exercer que sur des personnes ou sur des unités appartenant organiqueement ou temporairement au Corps de Santé ou mises à sa disposition.

Hors cela, tout ce que sa conscience lui permet, c'est de contribuer à l'offensive ou à la défensive par la recherche du meilleur état sanitaire, par la guérison rapide des blessés, des gazés, des malades, c'est d'augmenter les moyens militaires en sauvant des malades, en empêchant l'éclosion ou le développement des épidémies, c'est en un mot de manier l'*arme sanitaire* ou mieux des intérêts militaires.

Or, en matière de tactique, un commandement ne peut pas se partager.

Il en résulte qu'un lieutenant, qu'un sous-lieutenant, compétent ou réputé tel en matière tactique peut être amené à donner, en matière tactique, des ordres à un médecin de beaucoup son supérieur non seulement par l'âge ou par l'ancienneté militaire, mais encore par le grade.

Je ne vois pas que les médecins aient des raisons de s'insurger contre cette nécessité.

Ce qu'ils doivent, à mon avis, obtenir c'est qu'en pareil cas, le jeune chef militaire soit *réglementairement tenu* vis-à-vis de plus gradé ou de plus ancien dans le grade que lui, à des obligations nettes de déférence destinées tant à éviter à celui-ci des humiliations qu'à lui « conserver la face » vis-à-vis des subordonnés.

Que l'on ne croie pas d'ailleurs pareille courtoisie exceptionnelle chez les chefs militaires. Il se rencontre des officiers dont la délicatesse offensée par ce que certaines situations ont de brutal ne laissent pas que d'imaginer parfois des ménagements fort touchants (1).

Mais, en pareille matière, on ne doit pas s'en rapporter aux imaginations individuelles. Sinon, c'est s'abandonner au disparate, à la fantaisie, c'est vouloir des inégalités,des injustices.

Ce qui est indispensable pour la dignité du Corps médical de la France, c'est que théoriquement et, en pratique, de façon usuelle, constante dans tous les actes solennels, familiers ou intimes de la vie militaire, le médecin soit au rang que lui confèrent son grade et son ancienneté dans le grade, que si une nécessité d'ordre tactique contraint à le placer momentanément au-dessous de son rang, certains hommages nets, réglementairement prévus, lui soient *de droit* attribués.

Et ce que notre dignité réclame aussi ; — ne fût-ce que par égard pour nos morts — c'est, que nous cessions d'être des gens de *service* pour devenir les officiers du *Corps* de santé.

Au total, les médecins ne demandent aucun honneur exceptionnel, rien qui soit de nature à les placer dans la considération à un plan supérieur à celui des autres Officiers.

Comme le disait fort justement le confrère que je viens de citer : ils ne souhaitent pas du tout qu'il y ait deux catégories d'officiers, mais s'il est jugé indispensable qu'il y en ait deux, *il est juste* qu'ils soient dans la première.

Peut-être ont-ils quelque mérite à ne pas vouloir une catégorisation car l'évolution des moyens militaires, en affirmant chaque jour davantage l'efficacité des procédés nés du laboratoire, risque de faire s'épanouir une gerbe d'aristocraties au sein de laquelle le Corps de santé trouvera tout naturellement sa place. Mais le médecin rompu par sa culture biologique à une optique qui ne laisse pas échapper à son observation les dangers de l'esprit de caste, ne demande que l'égalité avec les officiers véritables. Ce qu'il réclame, c'est parmi eux sa place, toute sa place, rien que sa place.

Et lorsque, par suite des circonstances, cette place ne peut lui être momentanément accordée, eh bien ! il demande que soient réglementairement prévus des ménagements et témoignages destinés à lui éviter des humiliations, grandes ou petites.

Encore un mot.

L'instauration du médecin dans l'effectivité intégrale de sa qualité d'officier ne peut pas, à elle seule, suffire pour attacher indéfectiblement le médecin à l'Armée (1).

Il est indispensable que le médecin, comme l'officier de tout autre corps, trouve dans sa carrière les avancements destinés à lui permettre, en raison de ses titres et au fur et à mesure qu'il prend de l'âge, de remplir des fonctions de moins en moins chargées de corvées, de plus en plus chargées de responsabilités.

J'ai demandé à mon confrère civil, si docte en matière médico-militaire, ce qu'il pensait sur le point.

Voici sa réponse :

D'abord tous les grades de la hiérarchie, y compris les plus élevés, doivent être ouverts et dans des proportions convenables, aux médecins des réserves.

— Bien entendu.

— Pour les besoins de l'Armée active, en tenant compte de la nécessité d'empêcher par le jeu normal de l'avancement un excès de démissions ou de retraites prématurées, il vous faut au bas mot 1.850 médecins.

Je les répartirais ainsi :

(1) On ne peut que louer, d'une façon générale, l'esprit de camaraderie, la courtoisie, le tact des états-majors et des officiers. Et que de bons amis, nous avons parmi eux ! Mais, encore une fois, les actes justes ne doivent pas dépendre uniquement de volontés individuelles. Je me souviens avec gratitude d'un état-major faisant faire place nette dans un cantonnement en faveur d'un groupe de brancardiers revenant du feu et ce, au détriment d'unités d'infanterie qui avaient été moins éprouvées par le combat. Mais, je me souviens aussi de secteurs de repos où médecins et formations sanitaires revenant des lignes étaient, au profit de paisibles unités d'arrière — ne connaissant la guerre ou du moins l'*avant* que par la lecture des journaux — *mis à la corde* par de jeunes commandants d'armes de grade inférieur à celui de nos confrères exténués.

Ne serait-il pas juste que, dans les cas semblables, le médecin reçût des fonctions et un titre lui donnant l'autorité nécessaire pour ordonner en ce qui n'est pas matière tactique pure.

Bien entendu, semblables ménagements seraient également à réglementer pour les cas où le médecin est appelé à commander plus gradé, ou plus ancien dans le grade que lui.

(1) Voir in *Journal des Praticiens* du 19 juillet 1924 un excellent article ; *Pour remédier à la pénurie des médecins militaires*. Par contre la manœuvre anarchique continue. En effet au moment où je corrige l'épreuve de cet article on me met sous les yeux un article de l'*Echo de Paris* (23 juillet 1924) où je trouve reproduite une lettre anonyme signalée comme étant celle d'un médecin militaire. Si la lettre est authentique elle témoigne de ce qu'alors que nous pensions avoir parmi nous quelques aigris seulement, il s'y rencontre, par surcroit, un sot. Mais authentiques ou forgées la publication de semblables diatribes — diatribes anonymes — est un procédé anarchique. C'est un moyen de jeter la discorde dans les rangs, d'exciter contre les chefs. Ceux-ci ne peuvent se défendre puisque leurs réponses sont dédaigneusement écartées ou déformées. Sachons que désormais officiers, sous-officiers, soldats désireux de dauber sur leurs supérieurs ou de déblatérer contre leur service trouveront à l'*Echo de Paris* des oreilles complaisantes, une tribune pour doléances et contre-vérités anonymes, singulière besogne d'un journal qui se dit patriote.

© BIU Santé

Généraux inspecteurs médecins...	10
Généraux médecins.....	30
Colonels médecins.....	60
Lieutenants-colonels médecins....	150
Commandants médecins.....	400
Capitaines médecins	600
Lieutenants et sous-lieutenants médecins	600

Je suis persuadé que ces chiffres seront extrêmement dépassés dans un avenir prochain. Je ne doute pas non plus que le corps des pharmaciens ne doive être triplé ou quadruplé à bref délai.

Inévitablement, le triomphe des armes nouvelles (chimique, physique, biologique) vaudra au Corps de Santé des tâches plus étendues ou des tâches nouvelles. A tout le moins devra-t-il augmenter très considérablement le nombre de ses toxicologues et celui de ses bactériologues.

Avec mon confrère civil, je conclurai : l'Armée n'aura pas à se repentir de faire aux médecins la place due à leur savoir et à leurs mérites. Mise en place, l'espèce médicale, espèce sage, expérimentée, dévouée, disciplinée, constituera un organisme résistant, vigoureux et souple, une arme de poids et de précision dans les luttes dont sont menacées la Patrie et la Civilisation.

Dr G. ESPÉ de METZ.

Reproduction autorisée. Indiquer la source : *Progrès médical*, du 13 septembre 1924.

INDEX :

V. *Progrès médical* : MÉDECINE MILITAIRE, 12 juillet 1924 : *Religio Vastata*, 23 août : *Médecine militaire et anarchie* (lettre ouverte à M. Henry Simond, Directeur-Rédacteur en chef de l'*Echo de Paris* ; 6 septembre : *Médecins et techniciens dans l'Armée* : l'Indemnité de graduation.

Erratum. — Je signale dans l'article du *Progrès Médical* : « l'indemnité de graduation » (6 septembre 1924), une erreur : Page 539, ligne 6, il faut lire :

« Ce n'est pas que nous autres, médecins, fassions passer l'honneur *après* l'argent... »

Page 540, il faut lire : « La limite d'âge des Administra*teurs* et non des Administra*tions*. »»

Page 538 : les renvois sont intervertis.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La chèvre est-elle responsable de la fièvre de Malte ? (1)

Depuis quelque temps nombre de journaux, par des entrefilets insidieux, habilement espacés pour tenir en éveil l'attention, puis par des articles d'allure scientifique, s'efforcent d'accréditer l'idée qu'il y a danger pour le public à faire usage du lait de chèvre *non cuit*. Il y est dit que, selon l'opinion médicale officielle, c'est par ce lait que se contracte toujours la fièvre de Malte.

L'affirmation de cette contre-vérité va si loin qu'elle ose dire formellement : *sans chèvre, pas de fièvre méditerranéenne.*

Déjà cette appellation modernisée, moins populaire que l'autre pour désigner la maladie, marque une tendance vers l'inexacte définition. Elle a, du reste, été imaginée, comme celle de forme savante « la mélitococcie » pour ménager la susceptibilité de l'Angleterre qui voudrait bien que ne durât pas ce mauvais renom d'insalubrité qui pèse ainsi sur l'îlot des Preux.

Ce qu'il convient de dire et d'assurer au plus vite et au loin, c'est qu'il n'y a pas un mot de juste et de vrai dans les termes du communiqué tendancieux que je viens de mettre en évidence.

I. C'est une maladie humaine.

La vérité très claire, pour quiconque veut réfléchir, est qu'il n'existe qu'une relation purement accidentelle dans l'apparition de la Chèvre et de la fièvre de Malte.

Celle-ci a été qualifiée justement par des auteurs autorisés (Moussu, Porcher, Cesari) : *une maladie chronique qui, dans les conditions naturelles et sous une forme morbide caractérisée, ne s'observe que chez l'homme.* Ils l'ont même désignée du nom de septicémie pour marquer le principe de sa nature.

Quant à l'idée que la chèvre peut contaminer l'homme par son lait c'est une pure pétition de principe sans aucun fondement scientifique, car il est tout à fait incertain que les animaux puissent prendre le mal de Malte et fournir le terrain propice à son évolution.

Pour étayer la version que la chèvre peut intervenir dans l'étiologie de la fièvre de Malte, il a fallu supposer qu'elle pût être malade sans manifester le moindre signe de morbidité et de souffrance ; que le micrococcus melitensis pût évoluer chez elle d'une façon silencieuse sans manifester son effervescence par le symptôme de la fébrilité, sans que même l'on puisse trouver sur la bête, à l'autopsie, la moindre trace d'une lésion organique.

La chose en est au point que même les auteurs orientés vers cette hypothèse se croient obligés d'avouer que *sans l'existence de la fièvre méditerranéenne chez l'homme, l'infection de la chèvre n'aurait jamais été soupçonnée* « .... C'est aussi « une occasion de mentionner que du point de vue vétéri« naire pur, la mélitococcie caprine n'a pour ainsi dire « aucun intérêt et que la question de sa prophylaxie ne se « pose que dans la mesure où celle-ci peut concourir à la « prophylaxie de la fièvre méditerranéenne..... inutile « d'ajouter humaine puisqu'on vient de le dire, *il n'existe « pas à proprement parler de fièvre méditerranéenne animale....* » (Cesari.)

Peut-on mieux dire que c'est là une maladie de l'homme, uniquement de l'homme ?

Mais dira-t-on, « puisque l'infection mélitococcique des « chèvres n'est révélée par aucun symptôme clinique, com« ment a-t-on pu, comment peut-on reconnaître son exis« tence ? *Théoriquement*, par la recherche et la mise en évi« dence du M. melitensis dans l'organisme des animaux en « cause, *pratiquement* par l'épreuve de l'agglutination du « microbe de Bruce, effectuée à l'aide du sérum ou du lait « de ces animaux. » (Cesari.)

Or ce qui retire toute valeur à ces déductions, c'est que la mise en évidence du microbe spécifique en question comporte l'incertitude sur son identité, sa qualité, sa nature, et que même la pierre de touche imaginée pour le déceler n'a pas le pouvoir de le spécifier ; elle est donc fausse et inopérante ; elle est sans effet.

Voyons encore ce que dit à ce sujet l'auteur déjà cité.

« Le micrococcus melitensis est une espèce microbienne « qui ne jouit pas d'une personnalité accusée par des traits « saillants et on peut dire qu'elle n'est caractérisée que par « un ensemble de particularités négatives dont la valeur « signalétique n'est pas de premier ordre. Le microbe de « Bruce est, en effet, un microbe immobile, qui ne prend « pas le Gram, qui ne fermente pas les sucres qui ne coagule « pas le lait, qui ne donne pas d'indol. On voit combien la « détermination d'un pareil germe doit être délicate et on « ne peut se défendre du soupçon que *nombre de microbes « issus des organismes des animaux ont été peut-être étiquetés « melitensis un peu légèrement*. En réalité, l'identification du « M. melitensis ne peut se faire couramment que grâce à

(1) Ouvrages et écrits consultés : Le lait et la fièvre méditerr. (Ch. PORCHER et P. GODARD), 1916, lib. Asselin et Houzeau. — La Prophylaxie véter. de la fièvre médit. (CÉSARI). 1923. *Recueil de Méd. vét.* Asselin et Houzeau. — Sur la fièvre de Malte (A. Calmette) *Revue d'Hyg.* n° 7 juillet 1920. — *Bull.* de la Soc. Nat. d'Acclimat. de France et. *Revue d'Histoire naturelle appliquée*, 198, bouvd. St-Germain à Paris. — Thèse du Dr L. Lacaine de la Faculté de Paris. 1920 : La chèvre et l'hygiène.

© BIU Santé

« l'emploi d'un sérum agglutinant spécifique et on verra « ci-après ce que *l'on doit aujourd'hui penser, en l'espèce, du « procédé.* »

Au surplus, les cas sont rares où le microbe de Bruce a été recherché chez les animaux en vue du diagnostic. On peut dire que toute l'histoire de l'infection mélitococcique, aussi bien de la chèvre que des autres espèces animales, repose sur un critère UNIQUE ; celui qui est fourni par les propriétés agglutinantes du sérum des individus en jeu.

Mais ce critère que vaut-il ?

On va nous le dire.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Direction des services sanitaires et scientifiques et de la répression des fraudes

1er BUREAU — 129 1/1

Paris, 10 Janvier 1924
49 *bis rue de Bourgogne*

Monsieur, avec votre lettre du 31 décembre vous avez bien voulu m'adresser un mémoire sur la fièvre de Malte envisagée du point de vue de la défense de la chèvre.

En vous remerciant de cette communication, j'ai l'honneur de vous faire connaître que les difficultés du diagnostic de cette maladie chez la chèvre sont nettement apparues aux services intéressés de mon administration comme au Comité consultatif des épizooties.

En raison des *résultats incertains* fournis par la méthode *sérologique* elle-même, le Comité a estimé qu'il n'y avait pas lieu, dans les circonstances actuelles, d'inscrire la fièvre méditerranéenne parmi les maladies réputées légalement contagieuses.

En l'absence d'un diagnostic précis, il a cru impossible d'imposer des mesures d'une réelle efficacité quelque désir qu'il pût avoir de limiter l'extension de la mélitococcie.

Aucune modification de la réglementation sanitaire sur ce point n'est donc actuellement envisagée.

Pour le Ministre et par autorisation
Le Conseiller d'Etat Directeur
Signé : LECLAINCHE.

Cette lettre m'a été adressée comme Président du Club de la chèvre de race pure.

Voilà donc déjà bien établi, avec preuves fournies par l'autorité compétente, qu'il n'existe aucune espèce de base scientifique prouvant que la chèvre puisse communiquer à l'homme une maladie qu'elle ne contracte pas elle-même, mais que l'homme prend facilement par la voie buccale probablement sans que l'on puisse savoir exactement dans quelles conditions de transmission.

Ce fait met déjà en évidence la fausseté de l'accusation portée contre la chèvre ; mais ce qui aurait déjà pu détruire cette accusation, c'est la simple remarque qui va suivre et qui devait sauter aux yeux de quiconque sait voir objectivement.

II. C'est bien fièvre de Malte qu'il faut dire, car c'est Malte le foyer d'infection.

Il est bien manifeste que la fièvre de Malte s'est montrée plus particulièrement sur tout le bassin méditerranéen où existent des troupeaux de chèvres ; elle s'est signalée aussi très loin de ces parages, au passage desdits animaux et comme sous leurs pas.

L'interprétation de ce fait pour celui qui se tient au courant de la situation caprine dans le monde et connaît la biologie de l'espèce animale dont il s'agit se déduit sans la moindre difficulté. Les auteurs qui ont fait de la question une étude circonstanciée, tels MM. Porcher, Calmette et Cesari ont eu la même impression que moi, mais sans se donner le loisir de s'y arrêter comme je l'ai fait. Ils m'ont du reste inconsciemment aidé à comprendre toutes les données du problème et m'ont permis ainsi de déduire de moi-même la solution que j'aperçois.

En fait, la fièvre méditerranéenne doit logiquement se dénommer fièvre de Malte, parce que son foyer d'élection est à Malte et c'est de là que rayonne son action malfaisante au moyen des bateaux anglais transportant le Maltais en puissance de contamination. C'est l'homme, et non la bête, qui doit être suspecté ; c'est lui le coupable !

Cet insulaire a une prédilection pour la profession de chevrier. Il aime ses chèvres comme l'Arabe aime son cheval. Sa préférence pour les chèvres de son pays est d'autant plus justifiée qu'il y a à Malte une race excellente universellement réputée comme abondante laitière.

Nous voyons, dans toutes nos possessions de l'Afrique du Nord, le commerce de lait aux mains des Maltais. Le lait de chèvre y est en grande faveur comme dans toutes les régions du Sud de l'Europe où la vache réussit mal. En Espagne, spécialement, 90 % du lait consommé vient de la chèvre.

Si le lait de chèvre devait engendrer la fièvre de Malte, on trouverait cette maladie en Suisse, en Belgique, en Hollande, en Saxe, enfin dans tous les pays aussi chevriers que ceux où circulent les chevriers Maltais. Or, dans tous les pays que je viens de nommer, il n'y a jamais eu de cas de fièvre de Malte, alors qu'on y voit, sur des territoires restreints, une population caprine de plusieurs centaines de mille têtes.

Par contre, on ne relève des cas de cette maladie que dans les parages méditerranéens ou dans les régions lointaines en relations suivies avec l'îlot Maltais où la mélitococcie règne à l'état endémique depuis peut-être des siècles. Sans vouloir remonter bien haut, nous savons déjà que Bonaparte y fait allusion dans son rapport sur l'état sanitaire de l'île, dont il venait de faire la conquête.

III. Le micrococcus melitensis n'est qu'un hôte accidentel sur le terrain animal.

Il ne me paraît pas utile de faire ici l'historique de l'affection mélitensique qui a été si souvent publiée et a été plus particulièrement étudiée sur place par les médecins Anglais. A Malte, la chèvre est la seule bête laitière ; elle y existe à plus de vingt mille têtes, ce qui explique avec quelle facilité a pu s'introniser l'idée que la fièvre de Malte pourrait être d'origine caprine.

En réalité, dans toute la littérature traitant de cette question, l'esprit, non prévenu contre la chèvre, ne relèvera pas un seul cas où il puisse dire avec certitude scientifique : voilà un homme malade qui a pris sûrement son mal en buvant le lait d'une chèvre atteinte de la même affection microbienne que lui et propageant la maladie sur tous ceux qui utilisent son produit.

C'est pourtant ainsi que la vache propage la tuberculose : en essaimant des microbes en évolution virulente chez elle. Rien de pareil n'arrive chez la chèvre, puisque le microbe de Bruce n'a aucune prise sur son terrain pas plus d'ailleurs que tous les autres microbes, sauf des cas rares et exceptionnels où le caprin est tombé en état de misère physiologique et n'a plus ses forces de réactions normales et naturelles.

Je ne disconviens pas qu'on ait pu voir le micrococcus melitensis fort souvent dans du lait de chèvre, comme il a pu apparaître dans d'autres sécrétions et sérosités, mais il se trouvait là accidentellement, à l'état inerte et non en pullulation vivante et en forme contagieuse active. On l'y a vu comme on a pu le découvrir à volonté et fort souvent dans le lait, le sérum et le sang de la vache ; comme il a été décelé dans le corps et les déjections de tous les animaux domestiques au contact des gens malades de mélitococcie. Et observée de ce point de vue, la chèvre n'est pas plus à redouter que toute autre bête ; et les précautions à prendre pour se préserver d'une souillure du germe malsain, qui peut donner la fièvre de Malte quand il trouve le terrain propice à son évolution, paraissent aussi faciles qu'élémentaires à réaliser. L'élevage de la chèvre chez des gens propres et soigneux, dont on connaît le parfait état de santé, ne peut jamais être suspecté d'émettre d'une façon quelconque un germe pathogène. Il en est sur ce point exactement de même chez la vache, qui, elle aussi, a été accusée

© BIU Santé

d'avoir charrié accidentellement des microbes dangereux, tels celui de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine.... Serait-il venu à l'idée de quelqu'un de dire pour cela que la vache engendre l'une ou l'autre de ces maladies ? il lui suffit d'ailleurs de porter la responsabilité, alors très réelle, et impressionnante de communiquer à l'être humain la tuberculose en évolution chez elle et en plein pouvoir de contagion.

IV. L'accusation portée contre la chèvre est un pur effet d'auto-suggestion.

Il n'a donc jamais été démontré de façon péremptoire que la chèvre ait pu contaminer l'homme d'une maladie caprine. Les maladies de la chèvre sont d'origine parasitaire et le jour où l'anémie produite par des entozoaires malfaisants peut ouvrir la porte à des affections aiguës que l'homme peut avoir à redouter, ce n'est pas par le lait qu'il pourrait les contracter, car la chèvre qui en souffre est alors toujours agalacte. Les médecins qui ont voulu mettre en cause la chèvre dans l'étiologie de la mélitococcie, ignoraient cette particularité de la pathologie caprine, et se sont tout simplement autosuggestionnés à force d'expérimenter et de chercher sur le domaine de la chèvre sans enquêter suffisamment à côté. C'est bien en travaillant trop communément sur la seule espèce caprine qu'ils se sont hypnotisés sur cette idée erronée que la propagation de la fièvre maltaise devait être nécessairement un méfait à mettre sur le compte de l'espèce caprine qui les entourait.

Ce qui a été de pure coïncidence a été jugé un fait constant. Il est juste et urgent de faire tomber cette allégation dangereuse qui, étant en même temps spécieuse, peut être prise pour une vérité.

Nous avons déjà montré qu'on y arrive en interprétant simplement en connaissance de cause et d'un œil averti les termes mêmes des travaux scientifiques, écrits par des auteurs de valeur garantie, M. Césari va nous prouver que lui aussi croit à l'autosuggestion des médecins anglais dans leurs recherches sur la propagation du mal en question :

« La notion de *transmission* de la fièvre méditerranéenne « par l'usage du lait de chèvre s'appuyait sur des arguments « si persuasifs ; elle projetait une lumière si éclatante sur « des circonstances épidémiologiques jusque-là inexplicables « qu'elle fut acceptée d'emblée. A partir de ce moment, en « présence de tous les cas de fièvre méditerranéenne l'en« quête médicale fut guidée par le mot d'ordre « cherchez la « chèvre ». Cette *consigne* fut si bien observée que la lecture « de certaines observations publiées depuis laisse l'impres« sion que l'on a souvent sinon *dénaturé du moins interprété* « *tendancieusement les faits pour arriver à mettre en cause for« cément le lait de chèvre, ce qui devait garantir l'authenticité du* » *diagnostic « fièvre de Malte.* »

L'étude de la fièvre de Malte est du domaine des médecins ; sur ce domaine M. Cesari ne veut pas empiéter avec autorité, mais s'il subit le mot d'ordre pour des recherches sur l'étiologie du mal en terrain caprin, il entend du moins dégager sa responsabilité scientifique, comme a fait le Professeur Porcher, en avouant sa manière de voir et ses doutes.

V. L'accusation éveille des doutes dans le monde savant.

Comment des doutes ? Voyons d'abord ce qui les a préparés dans l'ouvrage même de M. Porcher :

« Le diagnostic clinique des cas sporadiques de mélito« coccie est très difficile à poser aussi bien chez l'homme « que chez l'animal.

« Chez l'homme, le médecin qui n'observe qu'une suite « de symptômes d'allure irrégulière, *risque fort* en l'absence « de la notion d'épidémicité *de passer à côté de la vraie na« ture du mal.*

« Chez la chèvre, l'insignifiance des signes morbides est « telle que des cas isolés de fièvre mediterranéenne peu« vent passer tout à fait inaperçus (Porcher, page 32) ...

« La recherche directe du micrococcus melitensis, à l'au« topsie, dans le sang, le lait, l'urine et les pulpes d'orga« nes habituellement infectés, ne paraît pas devoir fournir « des résultats dans la généralité des cas : les microbes sont « rares et difficiles à découvrir à cause de leur petitesse « (Dubois).

« Non plus également, la même recherche chez l'animal ma« lade, dans le lait et l'urine ; l'irrégularité de l'élimination « microbienne par ces deux voies crée une difficulté qui « s'ajoute à la précédente :

« Il faut de toute nécessité s'adresser aux cultures pour pouvoir porter un diagnostic précis (Porcher, page 33.)

« La mélitococcie ne se traduit en général sur le terrain « animal, par aucun signe morbide appréciable, et, clinique« ment, rien ne peut le faire soupçonner, les animaux (sup« posés) infectés conservant un état général excellent (Por« cher, page 25).

VI. Contradiction sur l'existence de signes cliniques sur le terrain animal.

C'est là la version qui prévaut, celle produite surtout à Malte où la maladie a été le mieux caractérisée dans les recherches épidémiologiques. On verra plus loin que la version contraire, celle qui admet des signes cliniques de morbidité très apparents chez la chèvre, éveille des doutes par l'excès opposé et qu'elle est même, par certaines précisions symptomatiques, suspecte de confondre la maladie qu'elle veut indiquer avec une autre de forme identique, ayant à son principe un microbe exactement pareil et offrant cette particularité de sévir communément sur la vache (1).

C'est M. Cesari qui se montre sur ce point absolument formel et y apporte des lumières d'un grand intérêt pour la défense de la chèvre.

« Il est à signaler que l'autopsie des chèvres considérées « infectées ne révèle aucune lésion caractéristique ».

« Impossible à fixer par l'examen clinique, le diagnostic « de l'infection militococcique chez la chèvre exige donc le « concours de moyens expérimentaux, mais on sait déjà « que ceux-ci seront impuissants à fournir une réponse « univoque, puisque l'identité qui existe entre le microbe « de Bruce et le microbe de Bang crée une ambiguïté irré« ductible ; si donc on désire entreprendre la lutte, il faut « inévitablement consentir à traiter avec la même rigueur « et les chèvres (censément) dangereuses parce qu'infectées « par le M. melitensis et les chèvres (censément) inoffensives « pour l'homme parce qu'infectées par le B. abortus.

VII. Les extraits microbiens (Mélitine, abortine, tuberculine) ne sont d'aucun effet expérimental sur terrain caprin.

« Les procédés expérimentaux auxquels, dans ces condi« tions, il serait possible d'avoir recours ne sont d'ailleurs « pas tous utilisables. C'est ainsi que l'emploi des extraits « microbiens, *mélitine*, ou *abortine*, substances comparables « à *la tuberculine* et révélatrices des infections causées par « l'un ou l'autre des germes en question, ne peut être mis « en œuvre chez les chèvres, puisque à l'inverse de ce qui a « lieu chez l'homme et le cobaye, la *réaction spécifique n'ap« paraît pas chez ces animaux* (1). (E. Burnet.)

C'est là un fait très important à retenir qui me confirme dans mon impression, faite d'expérience, que la chèvre dans son état normal n'est pas sujette à contracter une maladie d'essence microbienne. Lorsqu'elle réagit à une inoculation expérimentale, celle-ci indique qu'il y a morbidité mais ne spécifie pas la nature du mal (1).

(1) Voir le compte rendu *in extenso* des débats qui ont eu lieu à la Société nationale d'acclimatation de France (198, boulevard Saint-Germain à Paris) au cours des séances générales les 5 mars, 7 et 21 mai 1917 sur la chèvre et la tuberculose. Cas très suggestif pour illustrer l'affirmation de M. E. Burnet.

© BIU Santé

VIII. N'existerait-il pas un principe de la mélitococcie et de l'avortement épizootique, le même germe pathogène variant sa virulence et ses manifestations pathologiques avec la nature du terrain qu'il rencontre ?

Néanmoins, dans l'enquête poursuivie en France, l'avortement des chèvres ou des brebis a été mentionné comme symptôme de l'épidémie. Cela a été le cas pour les épidémies qui ont sévi dans le Gard, à Saint-Martial, à Franquevaux, puis à Saint-Affrique (Aveyron), à Brue Auriac, enfin en Corse où l'avortement des chèvres a atteint la proportion de 50 %.

En différentes occasions on a parlé d'autres symptômes graves entraînant l'épuisement et la mort des animaux, tels les cas classiquement invoqués, celui de Fontainebleau (Samois), et celui signalé sur le vapeur anglais « Ioshua Nicholson » que nous examinerons de près pour mettre les choses au point. L'excès même des phénomènes douloureux et des complications diverses ralatées en rend l'exactitude suspecte aux yeux des auteurs qui nous en font le récit.

Si l'avortement, par exemple, devait constituer un signe prodromique de l'infection mélitococcique, comment expliquer que cet accident ne soit pour ainsi dire *jamais signalé* ni à Malte, ni en Tunisie, ni en Algérie, là justement où les chèvres ont été déclarées infectées dans une très forte proportion ?

Le professeur Porcher lui-même reconnaît que, dans ces cas suspects, il faut se rappeler que l'avortement n'est là *qu'un épisode inconstant*, dû peut-être *à des causes les plus diverses*. On sait que toute maladie infectieuse peut déterminer l'avortement. Ce n'est donc pas un symptôme pouvant spécifier la fièvre de Malte.

M. Césari nous ouvre à ce sujet des horizons nouveaux qui nous incitent à abandonner les vues théoriques que l'on croyait scientifiquement acquises sur la mélitococcie :

« Il est désormais établi que les caractères morphologiques, « les particularités de culture, les propriétés biologiques et « les facultés antigènes des agents de la fièvre de Malte et « de l'avortement épizootique du bétail *sont identiques* ».

« La différenciation de ces germes par les méthodes bac« tériologiques est donc impossible, de même qu'est impuis« sante la réaction agglutinante pour marquer entre eux « une distinction ».

« L'avortement contagieux du bétail affecte principale« ment les sujets de l'espèce bovine, mais on l'observe fré« quemment aussi chez les autres femelles domestiques et « les chèvres ne sont pas épargnées. La preuve de la ré« ceptivité des chèvres à l'égard du bacille de l'avortement « épizootique est fournie par ce fait *que l'étude expérimen« tale du bacillus abortus a été en grande partie poursuivie sur « ces animaux.* »

D'autre part, en 1916, le professeur Porcher faisait cette remarque suggestive qui peut donner lieu ici à d'intéressantes déductions :

« Les suites de l'*avortement attribué au M. melitensis* sont « nulles, l'animal présente les signes extérieurs de la santé. « L'avortement dans ce cas n'arrête même pas le jeu phy« siologique de la mamelle comme cela se produit dans « d'autres circonstances. »

C'est probablement en lisant ces lignes que M. Césari a entrevu les développements à faire de l'idée dans le sens que voici :

« ... D'ailleurs les animaux affectés *d'avortement épizootique « vrai* ne présentent, en dehors de l'avortement, lequel n'est « qu'un fait épisodique, aucun signe morbide caractéris« tique. On ne possède donc aucun moyen clinique per« mettant de discerner les deux types d'infection ».

« Comme l'avortement épizootique du bétail est une affec« tion extrêmement répandue, il n'y a aucune raison de « supposer qu'elle ne se manifeste pas là où règne la fièvre « méditerranéenne. Si donc on voulait faire preuve de « rigueur scientifique, il faudrait déclarer qu'*aucune certitude* « ne subsiste au sujet de ce qui constituait jusqu'en ces « derniers temps l'histoire épidémiologique de la mélito« coccie chez les animaux. »

IX. Effondrement des prétendues preuves de la contamination mélitococcique par la chèvre.

Par tout ce que nous venons d'exposer, on peut se rendre compte de l'inanité de tout ce qui a été raconté sur l'état de misère physiologique dans lequel se serait trouvé le troupeau de chèvres de Fontainebleau qui aurait repassé la fièvre de Malte au propriétaire des bêtes et au jardinier de la maison. Dans la communication faite à ce sujet et publiée dans toutes les feuilles médicales, on a délayé complaisamment le conte que voici :

« ... Le danger du lait de chèvre était si bien admis que grâce au soupçon créé par la présence de chèvres exotiques dans une exploitation, Würtz fut mis, en 1908, sur la voie du diagnostic des premiers cas de fièvre de Malte observés en France. Des chèvres espagnoles, venues de la région de Murcie, tombèrent malades et contaminèrent une vingtaine d'animaux. Peu de temps après le propriétaire et son jardinier furent pris d'une affection ayant l'allure générale d'une fièvre typhoïde atypique, mais ce diagnostic était démenti par la réaction de Widal qui se montrait négative. Würtz eut alors l'attention éveillée par la maladie des chèvres et eut l'idée que le mal en cause devait être la fièvre de Malte. Cette hypothèse se trouva vérifiée par la réaction de Wright (!). Le cas donna lieu à d'autres communications retentissantes auxquelles furent associés Danlos et Tanon. »

Cette histoire, que nous allons exposer à notre tour, est reprise aujourd'hui dans plusieurs journaux de Paris (4 juin 1924). On rapproche le cas de Fontainebleau qui remonte à 16 ans d'un cas qui s'est produit à Pantin, à la fin de 1923 et qui répercuté dans des entrefilets successifs, se corse en actualité de la dernière heure de la façon insidieuse suivante :

« La fièvre méditerranéenne commence malheureusement à se répandre dans l'hinterland des rivages méditerranéens : on en a vu des cas à Lyon (?), à Fontainebleau (il y a 16 ans !), on en observe *de temps en temps* à Paris (oui en rapportant celui de Pantin tous les 15 jours !)

Pour mieux accuser encore comment on écrit l'histoire de la chèvre, je vais, comme je l'annonce plus haut, donner sur le cas de Fontainebleau des précisions que je suis d'autant plus à même de fournir, que le propriétaire du troupeau, alors mal famé, est un de mes vieux amis.

La théorie systématiquement soutenue par ses médecins pour indiquer la source de son mal, n'a pas empêché mon ami de répéter inlassablement : « Mais, voyons, nous étions « vingt personnes chez moi à boire de ce lait de chèvres « dans les mêmes conditions que moi, comment admettre « que j'aie pu, moi seul, dans la maison, contracter par ce « lait, la fièvre de Malte ?

On dit, en effet, que le germe mélitococcique est si virulent qu'il suffit de le manier en bouillon de culture, en laboratoire, pour se contaminer. Or voilà 19 consommateurs qui l'auraient absorbé impunément ; le vingtième seul aurait été vulnérable ?

Quant au jardinier qui vivait à part, ne participait pas à la cuisine du patron, on peut se demander comment il fut imprégné de mélitococcie. Son médecin, le Dr Lapeyre a seul donné sur le mal une version plausible. Dans une communication faite au *Journal de médecine et de chirurgie*, il attribue la contamination à ce que son client a manipulé du fumier de chèvre, en tas à sa disposition dès janvier 1908.

Pour lui, il y avait là un cas de septicémie banale comme peut en produire le colibacille dans certaines circonstances propices.

© BIU Santé

On a bien objecté que le fumier suspect a été brûlé, seulement on n'a pas ajouté que la destruction par le feu n'a été opérée qu'en janvier 1909, alors que la maladie du jardinier datait du 9 juillet 1908.

Pour ce qui est des chèvres incriminées, elles ont été, en effet, très malades (ce qui n'est guère le fait de la fièvre de Malte), elles ont même péri en grand nombre, ce qui est encore plus remarquable. Un vétérinaire en renom, de Melun, M. Rossignol leur donnait ses soins, assisté des conseils de deux maîtres : le professeur Moussu de l'Ecole d'Alfort et le professeur Brumpt de la Faculté de médecine (Parasitologie). Ces trois savants hautement qualifiés pour donner sur le cas un avis éclairé n'ont cessé de déclarer unanimement que les bêtes étaient atteintes d'un emaladie parasitaire non transmissible à l'homme.

Etait en cause la strongylose, affection très fréquente chez la chèvre comme chez le mouton, et jamais ils n'ont admis qu'il y eut concomitamment à ce mal une effervescence mélitococcique, M. Moussu ayant toujours soutenu, avec démonstration à l'appui, que la fièvre de Malte est une maladie de l'homme, et que la séroagglutination n'a aucune efficacité pour la spécifier. D'ailleurs, dans le cas du troupeau de Fontainebleau (Samois) aucune recherche n'a été tentée pour mettre en présence le microbe de Bruce.

On s'est borné à soumettre les sujets les plus anémiés à l'épreuve du procédé de Wright dont nous avons vu plus haut la douteuse virtualité, et l'on obtient ce résultat : le sang de 3 chèvres sur les 77 sujets du troupeau agglutina au titre voulu le micrococcus melitensis, mais le lait et l'urine de toutes les bêtes examinées donnèrent *une réaction négative* (1).

Il est ainsi bien évident que ce n'est pas l'usage du lait de chèvre qui a causé les deux cas de Fontainebleau (Samois) mais bien plutôt un germe d'origine fécale provenant d'une souillure attachée au poil des bêtes et gagnée au contact d'une personne malade qui avait vendu ou procuré le troupeau importé.

Pour le cas du vapeur américain *Ioshwa Nicholson*, ce bateau avait chargé à La Valette, un lot de 61 chèvres maltaises achetées pour le compte du Bureau de l'industrie animale de Washington. Au cours du voyage, 5 bêtes moururent d'une maladie non établie, mais non présumable d'avoir été la fièvre de Malte par cela même que cette affection ne tue pas les chèvres et que le micrococcus melitensis n'a pas été recherché sur les animaux malades ou morts. Cependant comme une femme de service au lazaret où le troupeau dut subir la quarantaine à son arrivée à New-York, contracta une fièvre du type de celle de Malte, on se préoccupa de savoir s'il n'y avait pas là une contagion et ce fut naturellement la pierre de touche de Wright qui entra en jeu. Comme bien on pense, il fut constaté, dans ce troupeau éprouvé par la fatigue et le malaise de la traversée, que 32 chèvres avaient un sérum agglutinant le M. Melitensis. Du coup on s'inquiéta de savoir ce qu'avait été l'état sanitaire des 33 hommes de l'équipage du bateau alors dispersés ; 8 seulement purent se rappeler avoir eu des troubles fébriles au cours de la traversée.

Les deux faits que j'ai pu connaître par le détail et que je viens de raconter dans toute leur simplicité ont suffi pour créer une légende à la charge de la chèvre et que l'on rapporte comme preuve certaine que c'est bien cet animal qui véhicule dans son lait la mélitococcie.

Comme j'ai vu, à l'occasion d'expédition de chèvres aux Etats-Unis, plusieurs cas, à bord, de strongylose éprouvant fortement des troupeaux venant d'Espagne et d'autres rives maritimes du sud de l'Europe, je n'hésite pas à croire que le cas du *Ioshua Nicholson*, comme beaucoup d'autres où l'on a cru voir des troupeaux atteints de mélitococcie, n'était autre chose qu'une épidémie due à des strongles et cela suffisait pour fournir la réaction positive à l'épreuve de Wright.

(1) *Bull.* de la Soc. Nat. d'acclim. de France, 1911, p. 36.

Résumons !

Pour résumer toute cette dissertation, on peut dire :

1° Que l'espèce caprine n'a rien de commun avec la fièvre de Malte (1) ;

2° Qu'il n'existe pas de mélitococcie caprine ;

3° Que la fièvre de Malte n'apparaît jamais à côté des troupeaux de chèvres dans les pays chevriers où les gens ont simplement le souci de la propreté et de l'hygiène ;

4° Qu'il n'y a de la mélitococcie que là où le chevrier maltais circule, et sème ses microbes malsains ;

5° Qu'il n'existe aucun moyen de rechercher sur les animaux la présence du micrococcus melitensis autrement que par l'examen bactériologique ;

6° Que la méthode imaginée par Wright a donné des résultats si contradictoires, si inexacts qu'on a dû l'abandonner ;

7° Que même l'examen bactériologique est devenu inconsistant pour déterminer le véritable principe de la fièvre de Malte, puisque le microbe supposé l'auteur de ce mal se confond d'une façon complète avec celui qui détermine l'avortement épizootique dont souffre plus particulièrement notre cheptel bovin ;

8° Que parmi les erreurs qui ont fait faire fausse route dans la recherche des rapports existant entre la fièvre de Malte et son véhicule supposé : la chèvre, il faut signaler au premier plan la méthode de Wright. Celle-ci, en effet, au lieu de fournir une indication spécifique, ne révèle qu'une simple morbidité et a donné, dans ces conditions, la réaction positive même dans les cas où la strongylose et même toute autre maladie d'origine parasitaire se trouvait en cause. Cette confusion a eu des effets funestes. Toutes les études sur l'étiologie de la fièvre de Malte ont été faussées par cette erreur.

La rigueur scientifique que M. Cesari semble souhaiter pour continuer l'étude envisagée, aurait pu avoir des effets heureux. Elle aurait mieux valu que l'attitude conciliante prise pour ne pas heurter des systèmes manifestement empiriques, faits de conjectures et d'hypothèses.

Personne ne peut douter qu'il n'existe une fièvre de Malte sévissant sur l'homme prédisposé ou exposé à en prendre le germe, mais ce qui reste mystérieux c'est la nature exacte de l'agent pathogène et des voies de pénétration.

Les savants resteront déroutés tant que durera l'ambiguïté que crée l'identité qui existe entre le microbe de Bruce et le microbe de Bang, que Burnet a fusionnés dans une espèce bactérienne unique.

L'affinité entre eux deux est telle que le mal causé par le micrococcus melitensis peut être guéri par l'inoculation du bacillus abortus ; mais l'inverse n'a pas été reconnu vrai jusqu'alors (Burnet).

Cependant, remarquons que Du Bourguet, à propos de la fièvre de Malte, en Corse, dit que la maladie a fréquemment fait avorter les femmes enceintes (2).

Concluons !

Que conclure sinon :

1° Que, étant donné que la fièvre de Malte est une septicémie chronique manifestement due à un germe engendré par la malpropreté, il nous devient absolument possible de nous prémunir contre ce mal sans tomber dans l'extravagante idée de tarir la source du lait de chèvre en jetant le discrédit sur ce précieux animal ;

2° Qu'il y a un intérêt de tout premier ordre à provoquer le développement, en France, de l'élevage industriel de la chèvre laitière de grande race et la création de chèvreries

(1) Cesari dit : « En principe, la prophylaxie de la fièvre méditerranéenne doit viser plus loin que le lait. Elle doit viser aussi plus loin que la chèvre. »

(2) *Bull. Soc. Path. exot.*, 16 déc. 1910.

© BIU Santé

urbaines comme l'a conseillé l'Académie de médecine, il y a plus de vingt ans (1).

3° Qu'il n'existe à l'heure actuelle, où la tuberculose sévit à l'état endémique aussi bien sur l'espèce bovine que sur l'espèce humaine, pas une seule source de lait, sinon celle offerte par l'espèce caprine, où nous pussions puiser en toute sécurité l'aliment physiologique indispensable au débile pour assurer la vie.

L'heure est donc mal choisie pour dédaigner cette précieuse source de lait salubre que seule la chèvre peut nous donner aussi abondante que nous le voudrons. Elle est plus laitière, plus précoce, de lactation plus prolongée, plus robuste, mieux adaptable à tous les climats et à tous les régimes (stabulation complète y comprise) que la vache qui n'a rien à redouter de la concurrence puisqu'elle restera quand même et dans la même mesure qu'aujourd'hui la bête agricole par excellence, celle qui utilise le mieux l'espace d'herbage dévolu à son entretien.

Mais sans la chèvre où trouver ailleurs le lait en la forme physiologique réelle, animé de ses calories et vitamines naturelles ? Où trouver un lait mieux conditionné pour une assimilation rapide et complète et pour conférer au jeune être le foyer vital générateur de force robuste pour toute l'existence ?

La chèvre au régime de la stabulation et disciplinée avec méthode pour la forte production est une richesse à ajouter aux autres pour l'économie nationale ; elle peut être en plus le salut de nos enfants et de nos malades.

Si nous hésitons encore, écoutons encore cet autre son de cloche :

De 1896 à 1900, il est mort en France par an une moyenne de 134.434 enfants de 0 à 1 an (Variot, (*Le Matin* du 3 novembre 1916). Il en meurt actuellement 173.000 dans le jeune âge (Henri de Jouvenel, *Le Matin* 1er janvier 1924) Cette grosse perte de jeunes vies humaines est due principalement à la malnutrition, à des maladies évitables que notre savante puériculture officielle n'arrive pas à conjurer. Le 24 juillet dernier, je lis dans un compte rendu académique que la mortalité générale des nourrissons débiles est de 70 % faute de pouvoir pratiquer l'allaitement naturel auquel les mères elles-mêmes, le plus souvent de complexion délicate, ne peuvent pourvoir.

Ce qui manque donc en France par-dessus tout, c'est le moyen de faire de l'allaitement naturel ; c'est pour cette carence spéciale que la chèvre nourrice est incontestablement indispensable et peut être aisément utilisée (2).

Quant à conseiller de faire bouillir le lait de chèvre, c'est une suggestion mauvaise, une hérésie physiologique puisque cette pratique ferait perdre à ce lait toutes ses vertus.

Joseph CREPIN.

(1) En 1902, à la suite du rapport présenté par M. Raillet sur des expériences pratiquées à Paris, à mon initiative, l'Académie de médecine a présenté le vœu suivant :

La facilité avec laquelle on entretient la chèvre, même dans les villes ; la possibilité qu'elle offre de procurer en toute saison du lait de lactation récente, la résistance bien connue qu'elle présente à l'infection tuberculeuse, toutes ces conditions rendraient infiniment avantageuse l'installation dans les grandes villes, et à Paris en particulier de nombreuses petites chèvreries propres à fournir en tout temps et à tous du lait frais et pur d'une richesse appropriée aux besoins.

Pourquoi ce vœu est-il resté lettre morte ? Parce que les forces financières appliquées au lancement des grandes marques du lait de vache stérilisé s'y opposaient.

En 1910, dans une thèse sur la Chèvre et l'Hygiène, sujet donné par Raphaël Blanchard, l'auteur, le Dr L. Lacaine, conclut :

En somme puisque la fièvre de Malte est une affection sans grande gravité dont on peut même se préserver, nous ne craignons pas de demander que l'on favorise l'élevage de ce ruminant et que l'on encourage dans cette voie tous ceux qui ont déjà réalisé les plus louables efforts.

Tous ces avis engageants jusqu'à ce jour n'ont toujours pas de succès pas plus que ceux formulés avec tant de véhémence par le Dr Boudard, dans son ouvrage « Le Guide de la chèvre-nourrice » publié il y a près de 30 ans. J. C.

(2) Aux Etats-Unis 300.000 chèvres allaitent les jeunes enfants. La mortalité infantile y était précédemment de 500.000 victimes, aujourd'hui la calamité s'éteint à mesure que s'étend l'action bienfaisante de la chèvre-nourrice (Chas. P. de Langle M. D).

ANALYSES

Sur la séméiologie des cavernes pulmonaires. (F. DUMAREST, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 août 1924.)

L'analyse des signes stéthoscopiques caractéristiques des cavernes pulmonaires montre que leur production est subordonnée à une série de particularités anatomiques et fonctionnelles, qui font communément défaut. Il n'est donc pas surprenant qu'un grand nombre de cavernes soit muettes : cette mutité n'est pourtant pas toujours complète et une meilleure interprétation des signes légers peut souvent permettre le diagnostic, en l'absence de signes évidents.

En particulier, le souffle cavitaire vrai n'est pas, comme les autres souffles pulmonaires, dû à la transmission du bruit laryngo-trachéal, à laquelle il peut d'ailleurs s'associer. Il est bien, comme le pensait Laënec, dû à la veine fluide sonore, qui se produit au niveau de la caverne. Mais sa production demeure exceptionnelle et sa valeur séméiologique s'en trouve réduite.

Le concours de la radiologie est absolument indispensable à un diagnostic correct et complet des lésions pulmonaires. Mais, à l'inverse de l'auscultation, le diagnostic radiologique est si souvent positif qu'on peut se demander si l'*image cavitaire* correspond toujours à une perte de substance.

L'examen systématique des images radiologiques cavitaires fait apparaître une série de problèmes qui intéressent le mécanisme de production, l'évolution et la curabilité spontanée des cavernes.

La concordance ou la discordance des signes stéthoscopiques et radiologiques a une valeur pronostique.

Des œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude chez les diabétiques. (J. CHALIER et L. PINEY, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 août 1924.)

Chez les diabétiques, l'ingestion de doses moyennes ou fortes de bicarbonate de soude provoque parfois l'apparition d'œdèmes. De cette complication du diabète les A. publient deux cas personnels.

Il s'agit de faits très rares. L'acétonémie constitue une cause favorisante de premier plan. Les lésions rénales ont, pour les A., un rôle certain.

L'œdème tantôt s'extériorise à l'évidence et se diffuse, tantôt n'est reconnu que par les pesées successives du malade. Le bicarbonate de soude le fait apparaître ; la suppression du médicament détermine la résorption.

Pour certains auteurs, avec le professeur F. Widal, les œdèmes sont le fait de la rétention chlorurée. Pour d'autres, et notamment le professeur Marcel Labbé, ils sont sous la dépendance directe du bicarbonate de soude et notamment de l'action hydratante du sodium.

La critique des théories et des faits qui les étayent conduit les A. à n'admettre ni une rétention isolée de l'ion Cl, ni une rétention spécifique de l'ion Na ; la rétention est mixte, à la fois chlorurée et sodique, le sodium retenu étant et celui du chlorure et celui du bicarbonate. D'après cette conception pathogénique, c'est l'action synergique de ces deux sels qui crée et révèle le barrage rénal, générateur d'hydropisies.

La crainte problématique de la production d'œdèmes à la suite du traitement bicarbonaté ne doit pas exclure la prescription du médicament, quand elle paraît indiquée, notamment au cas d'acétonémie. Le régime déchloruré peut, dans quelque mesure, s'opposer à l'infiltration ou la restreindre.

L'œdème installé, savoir que la suppression du bicarbonate de soude peut déclancher un coma à rapide évolution. Chercher sa résorption par le régime déchloruré et les diurétiques. Si ces moyens échouent et qu'on doive supprimer le bicarbonate, utiliser les injections d'insuline.

© BIU Santé

Mercredi 22 octobre : à 9 heures. Rapport : M. Frois, enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement technique. Communications : M. H. Portevin : l'hygiène à l'école par l'exemple, spécialement dans l'enseignement technique. M. le Dr Gommés : l'enseignement de l'hygiène ménagère. MM. les Dr Clerc et Schaeffer : l'enseignement de l'hygiène aux officiers de la marine marchande. M. le Dr Schaeffer : l'enseignement de l'hygiène à bord du navire-école *Jacques Cartier*. M. le Dr Ichok : l'enseignement de l'hygiène à l'école des Hautes-Etudes sociales. M. le Dr Sicard de Plauzoles : un cours libre d'hygiène sociale à la Sorbonne. M. le médecin principal Jullien : une expérience personnelle d'enseignement d'hygiène dans les établissements d'instruction. Par qui doit être donné cet enseignement. — A 14 heures. Rapport : M. le Dr Courmont et M. le Dr Rochaix, l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine. Communications : M. le professeur Bourdinière (Rennes) : l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés et écoles de médecine. M. le médecin-major des Cilleuls : l'enseignement de l'hygiène dans les écoles militaires. M. le professeur Blayac : la place de la géologie dans l'enseignement de l'hygiène (certificat d'hygiène des Facultés de médecine). M. le Dr Forestier : l'enseignement de l'hygiène destiné aux candiats fonctionnaires de l'hygiène publique en Grande-Bretagne. M. le Dr Lenglet : l'enseignement de l'hygiène du point de vue syndical. Mlle Delagrange et Mme Gamble : écoles d'infirmières et enseignement de l'hygiène ; de la néces-

HÉMOPAUSINE
MÉNOPAUSE — HÉMORROÏDES — VARICES — PHLÉBITES
TROUBLES de la CIRCULATION DU SANG
DU DOCTEUR BARRIER

RÈGLES difficiles, excessives, insuffisantes
puberté, varicocèles.

ADULTES : 2 à 3 verres à liqueur p[r] jour
ENFANTS : 2 à 3 cuil. à dessert p[r] jour

DOCTEURS, voulez-vous lutter contre la réclame vulgaire ?
Conseillez l'HÉMOPAUSINE
hamamelis, viburnum, hydrastis, seneçon, etc.

Laboratoire de l'HÉMOPAUSINE du Dr BARRIER
2, rue du Marché-des-Blancs-Manteaux, PARIS IVe
Échantillons sur demande

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

VACCINS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode – Procédé RANQUE et SENEZ

Vaccin Anti-Staphylococcique I. O. D.
Traitement des Furoncles, Antrax et affections dues au Staphylocoque

Vaccin Anti-Streptococcique I. O. D.
Traitement de l'Erysipèle, des infections dues au streptocoque
Prévention de l'infection puerpérale

:: Vaccins Polyvalents I. O. D. ::
Type I — Staphylo-Strepto-Pyocyanique
Type II — Staphylo-Strepto-Colib.-Anaérobies
Traitement des Suppurations

VACCINS Pneumo-Strepto, Anti-Typhoïdiques, Anti-Méningococcique, Anti-Gonococcique, Anti-Mélitococcique, Anti-Dysentérique :: :: :: :: :: :: :: Anti-Cholérique I. O. D. :: :: :: ::

Pour Littérature et Échantillons :
Laboratoire Médical de Biologie
16, rue Dragon
MARSEILLE
R. C. Marseille 15.598-9

DÉPOSITAIRES :
Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris
HAMELIN, Pharmacien, 31, Rue Michelet, Alger.
J. CAMBE, 10, rue d'Angleterre, Tunis.
BONNET, 20, rue de la Drôme, Casablanca, Maroc.

RECALCIFICATION
TUBERCULOSE
RACHITISME
CROISSANCE
DENTITION
DIABÈTE

BIOCALCOSE
GRANULÉ organo-calcique

DOSES par jour
Enfants : 2 cuillerées à café
Adultes : 3 cuillerées à café

Labor[tes] Chevretin-Lematte, 5, r. Bailu, Paris
L. Lematte, Docteur en pharmacie, Succ[r]
Registre du Commerce, Seine, N° 3576.

© BIU Santé

sité de la pratique de l'hygiène dans la vie personnelle des infirmières. M. le Dr Kouindjy : le rôle du médecin dans l'éducation physique.

Jeudi 23 octobre : à 9 heures. Revue générale des questions d'hygiène publiées pendant les années 1923-1924 et se rapportant à des questions : 1° M. le Dr Dujarric de la Rivière : hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire ; 2° M. le Dr Briau : hygiène générale et sociale. Rapport : M. le Dr Diénert : de l'épuration des eaux usées. Qu'est-elle actuellement ? Que peut-elle et que doit-elle être (épandage, épurage biologique, boues activées, épuration chimique) ? Communications : MM. les Dr Vigne et R. Crémieu : la standardisation des méthodes pour l'analyse bactériologique des eaux. M. Eugène Fouard : la réalisation pratique de l'ultra-filtre à membrane de collodion pour la stérilisation de l'eau d'alimentation et de tous les liquides (présentation d'appareils). M. le Dr Moncenix : installation défectueuse des fosses septiques dans les habitations à bon marché de la banlieue des villes ; conditions à imposer. — A 14 heures. Communications : M. le Dr Armand-Delille : le rôle de la lumière solaire dans la croissance de l'enfant et l'équilibre physiologique de l'adulte. MM. les Dr Aublant et Lisbonne : recrudescence de la fièvre ondulante dans le Midi de la France. Essai de prophylaxie. Mme L.-G. Daumézon : tuberculose et cancer à Narbonne, de 1898 à 1923. — A 16 heures. Visite de l'Institut Lannelongue à Vanves. M. le professeur Lafosse : l'institut Lannelongue et l'enseignement au personnel sanitaire. — A 20 heures. Banquet.

Vendredi 24 octobre : Visite à Reims : Cité ouvrière. Foyer Rémois sous la conduite de M. Charbonneaux ; installations d'hygiène urbaine (appareils à javellisation, refoulement des matières de vidange, plans de reconstruction) sous la direction de M. le Dr Techoère, directeur du Bureau d'hygène. — Visite des monuments : visite de la cathédrale. — Une excursion à l'ancien front de bataille est en voie d'organisation. — Visite aux caves de la Maison L. Pommery et lunch. — Départ le matin et rentrée le soir. Seul le prix de transport en chemin de fer est à la charge des Congressistes, aller et retour : 72 fr. 20 en 1re classe et 50 fr. 35 en 2e classe. Ce prix pourra être abaissé si le nombre des congressistes est suffisant. Mais les billets collectifs devant être demandés plus de 15 jours à l'avance prière de vouloir bien s'inscrire dès que possible auprès du Dr Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris XVe. Les dames sont admises.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communicatinos et de rapports devront se conformer aux prescriptions suivantes *qui seront strictement appliquées* :

1° Les rapports ne devront pas avoir plus de *quinze* pages et les communications plus de *six* pages (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format de la *Revue d'hygiène* ;

2° Les manuscrits devront être remis en séance ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part doivent être adressées directement, à la Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

5° Remettre *en séance* un résumé (10 à 15 lignes) destinés à la presse.

Hôpitaux de Paris. — Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1924, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (bureau du service de santé) avant le 22 novembre 1924, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

(*Voir la suite page* 792)

TONIQUE REMINÉRALISATEUR SANS ALCOOL
EXTRAIT DE CÉRÉALES (VITAMINES) ADRIAN
ADULTES } 4 Cuillerées à soupe par jour.
ENFANTS } 4 - à dessert -
LIQUIDE ou GRANULÉ
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LYMPHATISME — ANÉMIE
MALADIES DE NUTRITION AIGUES OU CHRONIQUES
9, Rue de la Perle, PARIS.

Comprimés à 0gr50 de
FORMINE-ADRIAN
SYNONYMES :
Héxaméthylène-Tetramine, Urotropine, etc.
le MEILLEUR ANTISEPTIQUE des VOIES URINAIRES, BILIAIRES et INTESTINALES
Produit créé dès 1894 dans les laboratoires de la Maison ADRIAN et Cie et depuis imité par les Allemands sous divers noms.
Voir : Formulaire des Nouveaux Remèdes 13e Edition, page 76.
Sté FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN et Cie, 9, rue de la Perle, Paris

PRODUITS ADRIAN
9
Rue de la Perle
PARIS
R. C. Seine 43 907

TUBERCULOSE PULMONAIRE — EMPHYSEME — ECZEMA — PALUDISME
Traitement spécifique et abortif de la SYPHILIS
ARRHÉNAL ADRIAN
Gouttes dosées à 2 milligr.... 10 à 20 par jour (en deux fois).
Ampoules — 50 — .... 1 à 2 —
Granules — 1 centigr. . 1 à 3 —
9, rue de la Perle PARIS

SULFURINE BAIN SULFUREUX SANS ODEUR
LANGLEBERT
Hygiénique, Fortifiant, Antirhumatismal
Agent puissant contre l'Obésité.

SOUPLESSE et BEAUTÉ de la PEAU
Peut être pris chez soi, sans baignoire spéciale.
VENTE : Dans toutes Pharmacies. — Prix : 1 fr. 25.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES
En ampoules de 15 - 30 - 60 grammes.
CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie.
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

POUDRES DE BIFTECK ET DE VIANDE ADRIAN
Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nutrition et sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
En boîtes de 125, 250, 500 grammes et 1 kilogramme :
Flacon et 1/2 Flac.
SUC DE VIANDE ADRIAN
9, rue Perle PARIS
Une cuillère à bouche équivaut à 125 grammes de viande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelles techniques de curiethérapie du cancer du col utérin,

Par le Prof. Dr Frans DAELS et le Dr P. DE BACKER (Gand).

Aux techniques de roentgenthérapie du cancer du col utérin doit être fait le reproche que les tissus normaux sont largement irradiés pour atteindre à grande distance de la porte d'entrée des rayons une zone très réduite de dégénérescence cancéreuse. Mais ces techniques ont l'avantage d'irradier en bloc les ganglions du petit bassin, ce qu'il n'est point possible de faire au moyen de tubes de radium introduits dans le cratère ou dans les culs-de-sac vaginaux. Tandis que l'école de Regaud étalait largement les culs-de-sac vaginaux pour appliquer les tubes de radium aussi latéralement que possible dans le petit bassin, nous avions recours à la fixation de tubes de radium sur des pessaires qui distendaient également le canal vaginal et à l'irradiation du cancer du col au moyen de tubes de radium introduits dans le rectum et la vessie. Ultérieurement, tandis que différents chirurgiens commencèrent la radiumpuncture des paramètres par voie transpéritonéale, nous fîmes nos premiers essais d'irradiation du petit bassin au moyen de l'introduction extrapéritonéale de tubes de radium dans les paramètres. L'emploi de drains en caoutchouc dans lesquels les tubes de radium étaient placés nous fit donner au procédé le nom de radium-drainage, ou encore, à cause de l'irradiation directe des ganglions, le nom de radium-Wertheim. Notre ligne de conduite d'irradiation des tumeurs par leur zone de propagation (1) nous a conduits vers le radium-drainage du petit bassin, dont nous exposions la technique au Congrès international de gynécologie de Paris en 1920. Les études des docteurs Derom et de Bruyne sur le cadavre communiquées à ce même Congrès, ont démontré que les tubes de radium introduits dans le petit bassin selon notre technique sont réellement placés là où nous le désirons. La radiographie *in vivo* a contrôlé la situation des tubes (2).

Les dernières données, entre autres celles de l'école de Regaud, ont nettement démontré que des ganglions cancéreux ne peuvent point être traités par radiumpuncture et que la curiethérapie externe a une action beaucoup plus favorable que la roentgenthérapie. La curiethérapie externe au sens propre du mot n'est point possible à l'heure actuelle pour les voies lymphatiques du petit bassin, mais une curiethérapie externe pour les ganglions, bien qu'interne par rapport au bassin osseux, est praticable au moyen du placement de tubes de radium dans la cavité même de ce petit bassin. Nous avons réalisé cette curiethérapie externe du petit bassin. Nous y combinons une irradiation aux rayons X après quelques semaines. Des 23 cas de cancer du col utérin traités en 1921 au moyen du radium-drainage, tout au plus trois pouvaient à la rigueur être considérés comme opérables. De ces 23 cas traités au moyen de notre technique imparfaite du début et avec une seule rangée de tubes de chaque côté, 8 cas soit 34 % demeurent à l'heure actuelle, soit 2 1/2 à 3 ans après le traitement, cliniquement guéris. Un cas n'a pu être retrouvé. Parmi les cas guéris figurent des cas pour lesquels aucun espoir de guérison ne nous semblait autorisé. Les premiers résultats obtenus au moyen de notre radium-drainage nous impose de poursuivre l'étude de ces techniques. Les desiderata d'une irradiation homogène nous ont fait abandonner le placement d'une seule série de tubes de radium dans la partie toute latérale du petit bassin pour avoir recours au placement de deux séries de tubes et ultérieurement au placement de trois séries de tubes dans chaque moitié latérale du petit bassin.

Notre instrumentation comporte à l'heure actuelle un demi-cercle d'un rayon de douze centimètres et d'une longueur de 40 cm. Des cartouches de radium de 3,3 mgr. radium-élément ou de 2 mgr. radium-élément filtré sur 0,5 mm. Pt réunies par deux dans des gaines de 1,5 mm. de platine, deux de ces tubes sont introduits dans un tube en caoutchouc solidement fixé lui-même sur une chaînette dont le modèle diffère pour chaque série de tubes suivant qu'ils sont placés dans les parties postérieures du petit bassin (anneaux de 1 cm. de longueur avec barre transversale) dans les parties latérales du bassin (anneaux de 0,5 cm. de longueur) ou dans la partie antérieure du petit bassin (anneaux de 1 cm. de longueur) (schéma 1). Nous plaçons

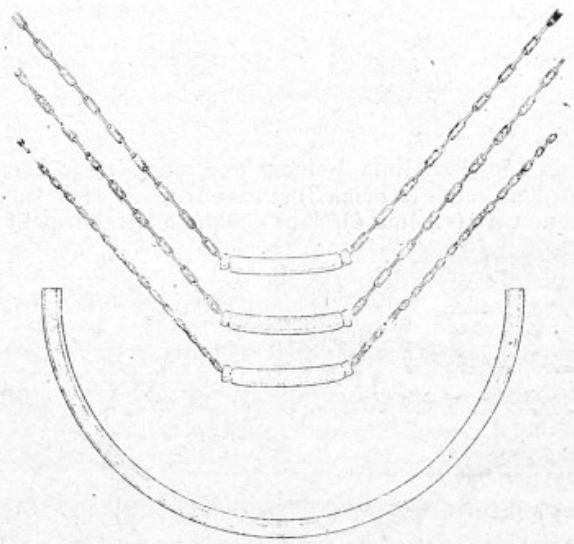


Schéma 1.

la première série de tubes entre l'épine sciatique et le bord du sacrum ; la chaîne passe devant l'articulation sacro-iliaque et au niveau du milieu de la crête iliaque. Ce trajet est d'abord foré au moyen du demi-cercle suivant la technique exposée en 1920 mais avec cette modification très importante que nous partons de la mi-hauteur de l'arcade sous-pubienne et que nous passons rapidement au-dessus du releveur de l'anus ; les tubes sont ainsi placés de façon à suivre de près la route habituelle de propagation du cancer cervical vers le vagin, et le pôle inférieur de cette rangée est fixé à la hauteur de l'épine sciatique, ou plus bas si la radiographie démontre que le cratère cancéreux siège effectivement plus bas. La deuxième série de tubes est introduite latéralement au moyen d'une incision pratiquée à la face interne de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Au moyen d'une longue pince légèrement courbe un trajet est foré entre le muscle et les gros vaisseaux jusqu'au niveau de la fossette qui se trouve juste devant l'épine sciatique et jusqu'au niveau de l'incision inférieure. Cette pince accroche la seconde série de tubes au niveau de l'incision inférieure et

(1) Cfr. Congrès Flamand de médecine, Anvers 1919. — Congrès international de Physiothérapie, Anvers 1919.
(2) Cfr. *Bull.* de l'Académie royale de méd. de Belgique 1921, *Archiv. of Radiology*, February 1923.

© BIU Santé

par un mouvement de retrait la place dans la profondeur des tissus avec son pôle inférieur au niveau de l'épine sciatique.

La troisième incision est pratiquée le long du bord externe du grand droit, environ à mi-distance entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la ligne médiane. Elle incise l'aponévrose et glisse une pince de façon sous-péritonéale, perpendiculairement, vers le bas ; cette pince glisse le long des parois latérales de la vessie et sort par l'orifice inférieure Elle saisit la troisième série de tubes et par un mouvement. de retrait la place dans la profondeur avec son pôle inférieur à mi-hauteur du trou ovale.

Il va sans dire que des adhérences néoplasiques ou des formations inflammatoires peuvent rendre le passage difficile à l'un ou l'autre niveau ; mais la radiographie contrôle en tous cas la situation des tubes. Nous communiquons ci-joint trois schémas de la situation des tubes dans le petit bassin dans le radium-drainage avec une série (schéma 2), avec deux séries (schéma 3) et avec trois séries de tubes de chaque côté (schéma 4), dans chaque moitié du petit bassin ; un schéma (5) de radiographie obtenue après drainage radium-thérapique par deux voies et un schéma (6) de radiographie de radium-drainage par trois voies. Il va sans dire que si les résultats cliniques nous démontrent la possibilité de stériliser au moyen de ces techniques tout le petit bassin de toutes cellules néoplasiques, ces techniques deviendraient applicables d'emblée à toute tumeur maligne ayant son siège dans le petit bassin.

L'emploi de chaînettes différentes pour les diverses rangées de tubes nous permet tous les contrôles et toutes les corrections radiographiques.

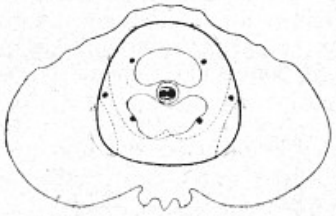


Schéma 2.

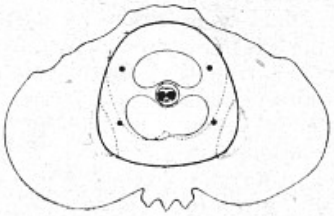


Schéma 3.

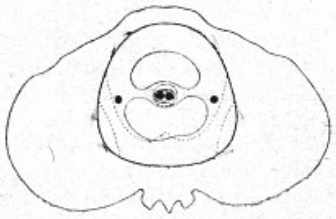


Schéma 4.

Jusqu'à présent nous n'avons observé aucune complication sur 6 premiers cas drainés par quatre voies et 6 premiers cas drainés par six voies. Ces premiers cas étaient des cas à cratère particulièrement étendu, inopérables et dont quelques-uns furent suivis d'une élévation de température, que nous ne pouvons point considérer comme chose anormale parce que nous l'avons vue surgir de même façon dans des cas d'extension néoplasique comparable qui n'étaient drainés que par une seule voie.

Les doses que nous avons employées jusqu'ici ont été pour chacune des rangées postérieure et antérieure 4 cartouches de 3,3 radium-élément filtré sur 2 mm. de platine plus le caoutchouc, soit 4 × 3,3 × 4 radium-élément ou 52,8 radium-élément, plus latéralement 2 séries de 4 cartouches de radium-élément soit 16 radium-élément, soit 68,8 radium-élément au total (1) durant 3 jours ou 38 à 40 mcd, le cratère ayant été irradié auparavant au moyen d'une dose approximative de 50 radium-élément durant 3 jours, ou 28 à 30 mcd.

Nous irradions de cette façon la région du col et les parties immédiatement avoisinantes. Dès qu'un nombre suffisant de cas cliniques nous auront confirmé l'innocuité de notre dose actuelle d'irradiation, nous étendrons notre irradiation vers le haut en allongeant notre série de cartouches par adjonction de nouveaux éléments.

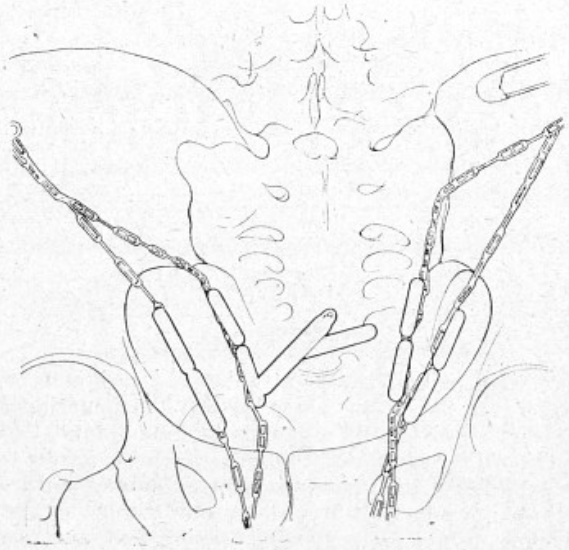


Schéma 5.

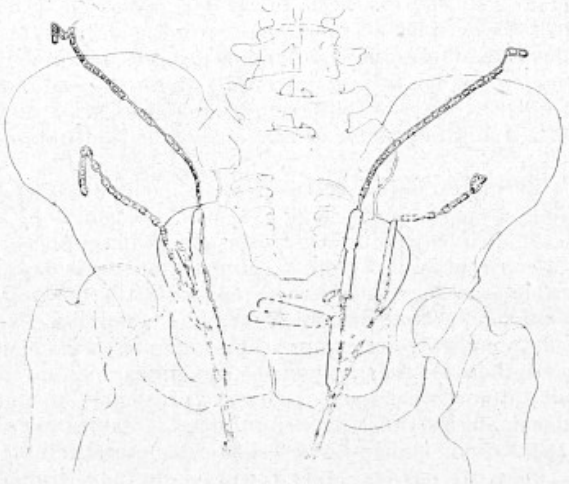


Schéma 6

(1) Exactement, 73,8 mgr., certificat Piccard, Bruxelles.

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

L'emphysème pulmonaire [1]

Par M. **Louis RAMOND**,
Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Avant-propos.

La première affection pulmonaire, dont j'ai entendu prononcer le nom dans le service de chirurgie, champ de mes premières armes médicales, ce fut l'emphysème pulmonaire. A en croire le chef de laboratoire chargé d'examiner médicalement les futurs opérés avant l'intervention, la plupart de ces sujets en étaient atteints. Quant à ce qu'était cette maladie, on se gardait bien de me le dire !

Passé l'année suivante dans un service de médecine générale, je vis beaucoup de maladies, mais bien plus encore de sujets en proie à ce mystérieux emphysème, et devant le lit desquels défilaient sans s'arrêter le chef de service et sa suite. « C'est un emphysémateux ! » avait assuré l'interne, et cela avait suffi pour qu'on passât dédaigneusement au lit suivant.

J'en avais donc conclu que l'emphysème est une maladie très répandue, une véritable monnaie courante en pathologie médicale : en quoi j'avais tout à fait raison. Mais j'avais un grand tort, devant ce mépris général, de penser que cette affection manquait totalement d'intérêt.

Effectivement, l'emphysème pulmonaire a des symptômes, une évolution, des complications, très particulières. Vous serez très souvent plus tard consultés à son sujet. Ce ne sera pas perdre son temps que de vous en parler aujourd'hui avec quelques détails. C'est un sujet des plus intéressants. Vous allez en juger.

Définition.

L'emphysème pulmonaire (ἐν = dans ; φυσημα = souffle) est un état pathologique caractérisé par la distension excessive et permanente des alvéoles pulmonaires accompagnée de la perte de l'élasticité et de l'atrophie de leurs parois.

Historique.

Les anciens le connaissaient en tant que lésion anatomique, et Morgagni, Van Swieten, Valsalva, ont bien décrit son aspect sur le cadavre. Mais la première description clinique en a été donnée par Laennec, qui a rapproché les symptômes observés sur le vivant des lésions trouvées à l'autopsie, et a individualisé le syndrome emphysémateux.

Les grands cliniciens du 19e siècle, Andral, Louis, Bouillaud, Woillez, Eppinger ont complété l'étude de Laënnec. Plus près de nous Grancher et Hirtz, et enfin Ameuille au point de vue médical, Tuffier, Pierre Delbet, Roux-Berger et Douay, au point de vue chirurgical, nous ont éclairé bien des points de l'histoire clinique, anatomique, pathogénique et thérapeutique de l'emphysème.

Division du sujet.

L'emphysème pulmonaire (auquel on donne quelquefois le nom d'*emphysème alvéolaire* pour le distinguer de l'emphysème interstitiel, sur lequel nous reviendrons) peut se développer :

1° *D'une manière aiguë* : c'est l'*emphysème aigu*. Il apparaît alors à titre de lésion compensatrice (*emphysème vicariant*) dans les pneumopathies aiguës (broncho-pneumonies, pleurésies, pneumothorax (du côté opposé). Il est passager.

2° *D'une manière chronique*, et dans ces cas, il s'agit :

a) Soit *d'emphysème localisé* autour d'une lésion pulmonaire chronique. Cet emphysème qui remplit, lui aussi, un rôle vicariant, ne détermine pas de syndrome clinique particulier. Il se contente d'ajouter à la maladie primitive quelques signes particuliers, qui ne peuvent que compliquer le diagnostic. C'est l'*emphysème-lésion*.

b) Soit *d'emphysème généralisé*, qui s'accompagne d'un cortège de symptômes particuliers et engendre le syndrome emphysémateux. C'est ce que l'on a appelé l'*emphysème-maladie*, épithète évidemment discutable, puisqu'il s'agit d'un syndrome et non d'une maladie, mais qui se justifie cependant au point de vue clinique.

Nous allons avoir en vue cet emphysème chronique, généralisé, et lui seul. Il est le plus répandu, et c'est lui qu'on vise quand on dit d'un malade qu'il est un emphysémateux.

Anatomie pathologique.

Puisqu'à la base de l'emphysème, syndrome clinique, il y a une lésion anatomique constante, sans laquelle il ne saurait exister par définition, voyons tout d'abord quels sont les caractères anatomo-pathologiques de l'emphysème pulmonaire. De leur connaissance nous pourrons certainement tirer des déductions intéressantes pour la compréhension de certains signes de la maladie.

I. *Macroscopique.*

A l'autopsie d'un emphysémateux, les poumons apparaissent très augmentés de volume, turgides. Non seulement ils ne s'affaissent pas dès l'ouverture du thorax, mais au contraire ils font hernie au dehors. Ils recouvrent le péricarde, ils abaissent le diaphragme. Vraiment, on dirait qu'on les a insufflés !

Leur teinte est plus pâle qu'à l'ordinaire. Ils sont grisâtres ou à peine rosés, saumonés, comme s'ils manquaient de sang (et ils en manquent en réalité). Sur leur surface décolorée, tranchent nettement les stries anthracosiques habituelles, qui sont cependant moins nombreuses et moins accentuées que sur des poumons normaux. Elles marquent les contours superficiels des lobules corticaux, qui sont nettement accentués, et donnent au poumon l'aspect du poumon de batracien.

Ces lésions d'emphysème sont diffuses, étendues à tout l'organe. Elles prédominent néanmoins en certains points d'élection : sommet, bord antérieur, pourtour de la base (plus à gauche qu'à droite). Dans ces régions on aperçoit des bulles gazeuses superficielles, qui sont des alvéoles sous-pleuraux dilatés à l'excès, et qui atteignent les dimensions d'un pois, d'une noisette, d'une noix.

La consistance du poumon emphysémateux est très spéciale ; elle est très diminuée. L'organe est mollasse et a perdu son élasticité. Il donne à la main qui le palpe la sensation « d'un oreiller de duvet », suivant l'heureuse comparaison de Laennec, et le doigt qui s'y enfonce laisse son empreinte.

On peut le presser d'ailleurs entre les doigts sans le faire crépiter le moins du monde.

Il est difficile à couper et fuit sous le couteau. On peut le sectionner sans le faire saigner, ce qui est une nouvelle preuve de son état d'anémie.

Sa densité est considérablement diminuée. Un fragment de parenchyme jeté dans l'eau flotte sans s'enfoncer.

A ces altérations anatomiques, directement liées à l'em-

(1) Conférence faite à l'hôpital Laënnec le dimanche 27 janvier 1924.

© BIU Santé

physème, s'ajoutent toujours des adhérences pleurales, des lésions de bronchite et de congestion des bases, et quelquefois de tuberculose pulmonaire.

Au niveau du cœur on remarque fréquemment de la dilatation des cavités droites.

II. *Microscopique.*

L'examen microscopique d'un fragment de poumon emphysémateux, coupé perpendiculairement à la plèvre, révèle la nature véritable des lésions microscopiques précédentes (Voir figure 1.)

Sous l'objectif, le parenchyme pulmonaire apparait comme une dentelle à larges mailles, plus ou moins déchirées, limitant de grandes cavités irrégulières, polycycliques qui correspondent à des alvéoles, à [des] infundibula et même à des acini dilatés.

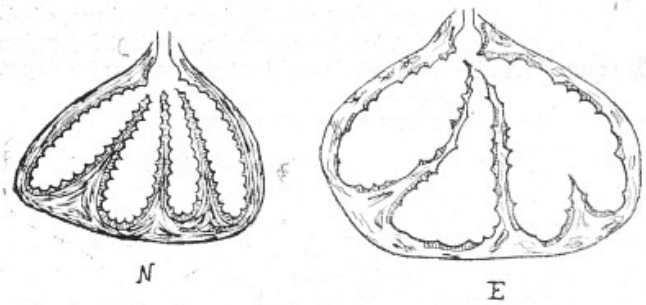


Fig. 1. — *Un acinus emphysémateux comparé à un acinus normal.*
N : acinus normal, avec quatre infundibula bordés d'alvéoles réguliers. Les infundibula sont entourés de capillaires (en hachures), et soutenus par un réseau de fibres élastiques intact.
E : le même acinus devenu emphysémateux. Il est dilaté dans son ensemble. Il n'est plus formé que de trois infundibula au lieu de quatre par fusion des deux infundibula de droite à la suite de la rupture des cloisons interinfundibulaires.
De nombreux alvéoles sont énormes formés par l'union de 2 ou 3 alvéoles normaux, par disparition des cloisons interalvéolaires.
Le réseau capillaire lâche, à larges mailles, n'enserre plus d'une façon continue les infundibula. Il est interrompu en maints endroits.
Les fibres élastiques sont déchirées, amincies, beaucoup plus rares.

Les cloisons qui séparent normalement ces différentes parties du poumon sont amincies, perforées,ou bien ont disparu. Celles qui persistent sont donc plus rares qu'à l'état normal, et elles ne sont plus réprésentées que par des moignons rétractés en massue, dans lesquels on aperçoit des fibres élastiques ondulées ou spiroïdes, amincies et déchirées. *Cette déchirure des fibres élastiques représente la lésion fondamentale presque pathognomonique de l'emphysème pulmonaire.*

A côté d'elle, il faut noter également l'état des capillaires sanguins du poumon, moins nombreux que dans un organe sain, et qui forment eux aussi un réseau à très larges mailles. En de nombreux points ils sont comprimés, tiraillés ou oblitérés.

L'endothélium pulmonaire, quand il n'est pas absent par desquamation, est atteint de dégénérescence graisseuse ou pigmentaire.

Veuillez remarquer que ces constatations histologiques vous fournissent la raison de certains des aspects macroscopiques du poumon : la rupture des fibres élastiques rend compte de la perte d'élasticité de l'organe : la pauvreté du réseau capillaire et l'oblitération d'un grand nombre de ses vaisseaux expliquent la pâleur du viscère.

Déductions cliniques tirées de l'anatomie pathologique

Ces notions anatomo-pathologiques nous feront bien comprendre pourquoi l'emphysème pulmonaire détermine de la dyspnée et une dyspnée spéciale, portant surtout sur l'expiration, devenue difficile et prolongée, par suite du défaut d'élasticité du poumon. L'expiration est en effet due au retrait élastique des parois alvéolaires.

De même, elles nous expliqueront : l'élargissement du thorax par l'augmentation de volume des poumons ; l'hypersonorité thoracique ; la transparence exagérée des poumons aux rayons X, la diminution des vibrations vocales, par la dilatation des cavités aériennes, la diminution du parenchyme pulmonaire proprement dit et du réseau sanguin capillaire.

Tous ces symptômes importants, nous allons les retrouver en étudiant maintenant l'emphysème pulmonaire au point de vue clinique à propos d'un de nos malades. Son examen complet va nous montrer réunis les éléments du syndrome emphysémateux.

Symptômes

Début.

Le 23 novembre 1923, entre dans mon service de la Maison Dubois, un homme de 74 ans, garçon de bureau. Il est envoyé avec le diagnostic d'emphysème pulmonaire chronique.

C'est un bronchiteux de vieille date. Depuis l'âge de trente ans il a eu plusieurs bronchites tous les hivers. Le reste du temps il était bien portant. Il n'a pas d'autres antécédents pathologiques.

Depuis 5 ans, il présente des troubles particuliers de la respiration. Tout d'abord il n'a eu qu'un peu de dyspnée d'effort en montant les escaliers, en marchant un peu vite, en même temps qu'il s'enrhumait plus facilement et présentait des poussées de bronchite presque subintrantes. Puis l'oppression est devenue pour ainsi dire permanente, et des crises de dyspnée paroxystiques sont venues se greffer sur cet état ; elles étaient provoquées par des efforts minimes : quelques marches à monter, un objet à ramasser à terre ; elles duraient environ une heure, et se terminaient par des quintes de toux suivies d'une expectoration blanche, spumeuse et un peu visqueuse.

C'est uniquement pour ces accidents respiratoires : dyspnée, toux et expectoration que cet homme vient à la maison de santé. Il ne présente aucun autre trouble morbide.

Eh bien ! ce début est absolument caractéristique de l'emphysème pulmonaire. Il est toujours lent et progressif, et survient insidieusement chez un vieux bronchitique ou un ancien asthmatique. Il est essentiellement marqué par de la dyspnée d'effort d'abord, puis par de l'oppression continue par de la toux et de l'expectoration liées à la bronchite concomitante.

I. Période d'état (*Phase pulmonaire pure*).

Notre malade était parvenu à la période d'état de son emphysème. Voici les signes qu'il présentait : ils sont tout à fait classiques.

A) *Troubles fonctionnels.*

1) *Dyspnée.*

Au point de vue fonctionnel il souffrait surtout d'oppression. Il n'est pas étonnant que la dyspnée soit le signe essentiel de l'emphysème, puisque deux raisons très importantes sont là pour la déterminer : d'une part la réduction du champ de l'hématose par suite de la diminution du nombre des alvéoles et principalement de la réduction considérable du réseau capillaire pulmonaire, dont les vaisseaux sont plus rares et plus étroits, et d'autre part la diminution de l'élasticité pulmonaire qui entrave considérablement la ventilation.

© BIU Santé

La dyspnée de l'emphysème est une *dyspnée continue*, exagérée au moindre effort. Elle apparaît dès que le malade se présente au médecin ; il est essoufflé dès qu'il parle et sa parole saccadée, entrecoupée de reprises pénibles indique de suite sa gêne respiratoire.

De plus, elle est d'un type particulier, très manifeste chez notre vieillard. *L'inspiration est courte, brève. L'expiration est prolongée, difficile, souvent bruyante.* Pour chasser l'air de sa poitrine le malade doit faire appel à ses muscles expiratoires volontaires : il fait effort pour repousser le contenu de ses alvéoles : il pousse, il est *poussif*. En expirant ainsi avec violence certains malades font du bruit comme les chevaux atteints de « la pousse ». Je connais un homme du monde qu'on a surnommé à son cercle « la locomotive » à cause du bruit explosif de son expiration, qui annonce bien à l'avance son arrivée dans un salon.

La dyspnée de l'emphysémateux est toujours entrecoupée de *crises paroxystiques*, pendant lesquelles elle s'exagère. Ces crises, comme l'a bien montré M. Sergent, ne sont pas à proprement parler des crises d'emphysème, comme le disent certains par abus de langage, mais des crises de dyspnée asthmatiforme ou spasmodique occasionnées par un effort, ou par la digestion, ou encore par le travail intellectuel. Quelquefois ces crises surviennent sans cause apparente. Vous vous souvenez que ce vieux garçon de bureau avait présenté par moments de tels paroxysmes d'oppression.

2) *Toux.*

Il toussait, et ceci est habituel dans l'emphysème. La toux est, dans cette maladie, pénible et fatigante. Le moindre effort suffit à la provoquer, aussi est-elle incessante. Une fois déclanchée, la quinte de toux est difficile à calmer, et elle finit par aboutir, non sans beaucoup de peine, au rejet de quelques crachats.

3) *Expectoration.*

L'expectoration de l'emphysémateux pulmonaire pur est donc pénible, et elle est remarquable par son peu d'abondance comparativement à l'intensité de la toux et de la dyspnée. Elle est formée par des crachats blanchâtres, assez épais, visqueux et adhérents au vase, légèrement spumeux en surface, qui rappellent les fameux crachats perlés de l'asthme. D'après Zahn, ce serait même dans l'emphysème qu'on retrouverait dans les crachats les plus beaux corps arrondis à stratifications concentriques, dits corpuscules amylacés. I. de Jong considère pourtant que le crachat emphysémateux n'a pas une formule histologique caractéristique. Les crachats blancs formés d'un fond muqueux surmonté de salive spumeuse que nous pouvions voir dans le crachoir de notre malade étaient absolument conformes à l'expectoration que je viens de vous décrire.

B) *Signes physiques.*

Dans le domaine de la séméiologie physique notre brave garçon de bureau était aussi complet que possible.

1) *Inspection.*

a) *Habitus extérieur.* A cause de son grand âge cependant, il ne représentait pas le type habituel du grand emphysémateux adulte.

Celui-ci se reconnaît déjà rien qu'à son habitus extérieur. C'est un sujet de 40 à 50 ans d'apparence robuste. Il est souvent un peu obèse ; son thorax est imposant, et lui donne une forte carrure. Son cou est court, et ses jugulaires sont saillantes. Ses pommettes sont colorées, mais ses lèvres sont un peu violacées, ainsi que quelquefois l'extrémité de ses doigts, dont l'aspect est hippocratique. En outre, il frappe par son oppression permanente exagérée sous l'influence des plus minimes causes.

Notre malade était un vieillard, d'un embonpoint moyen, sans cyanose, plutôt pâle au contraire, comme le sont les artério-scléreux. Il était anhélant, et, mis à part cet aspect extérieur un peu différent du type classique, il avait toutes les autres caractéristiques physiques de l'emphysème pulmonaire chronique.

b) *Aspect du thorax.*

C'est-à-dire qu'à l'inspection son thorax était à la fois large et immobile.

Sa poitrine était en effet *dilatée, élargie dans tous les sens*, principalement dans le sens antéro-postérieur. (Voir fig. 2.)

Le dos était voûté, par suite de l'existence d'une cyphose

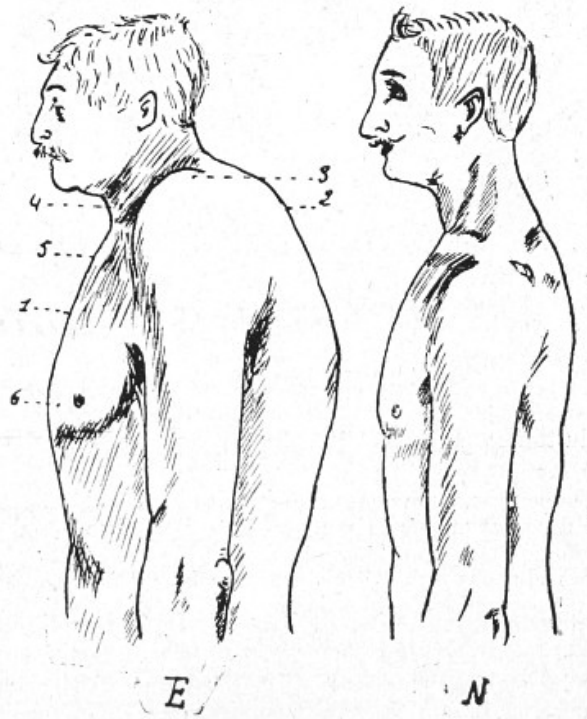


Fig. 2. — *Conformation thoracique d'un emphysémateux comparée à celle d'un sujet normal* (d'après S. Dupret, *in* art. de Bergé).
N : sujet normal.
E : sujet emphysémateux. Remarquer la forme globuleuse en tonneau du thorax agrandi dans tous ses diamètres, la projection en avant du sternum (1), la cyphose cervico-dorsale (2), l'élévation des épaules (3), les voussures sus-claviculaires (4), sous-claviculaires (5), sterno-mamelonnaires (6).

supérieure cervico-dorsale à grand rayon. Les espaces intercostaux étaient plus larges. Les côtes, redressées et horizontales, repoussaient le sternum et le projetaient en avant. La base de son thorax était moins dilatée que la partie moyenne par suite de la contraction tonique des muscles expirateurs abdominaux hypertrophiés. Le thorax rétréci relativement en haut et en bas, affectait la forme bien connue et caractéristique du *thorax en tonneau, en baril.*

Chez certains emphysémateux, à large abdomen flasque la partie inférieure du thorax est elle-même dilatée et soulevée par les viscères contenus à l'étage supérieur du ventre. Dans ces cas l'angle épigastrique, dont le sommet correspond à l'appendice xiphoïde, et dont les côtés sont formés par le bord inférieur des huitième, neuvième et dixième cartilages costaux est très notablement augmenté. (Voir fig. 3.)

Outre ces déformations squelettiques, le thorax de notre homme présentait encore des *voussures partielles*, telles que Louis et Woillez les ont signalées les premiers. Ses creux sous-claviculaires étaient remplacés par des saillies de

© BIU Santé

même siège. Il n'avait pas toutefois de saillie sus-claviculaire, comme il est fréquent d'en rencontrer, ni de voussure sterno-mamelonnaire, entre le sternum et le mamelon, comme on en voit parfois.

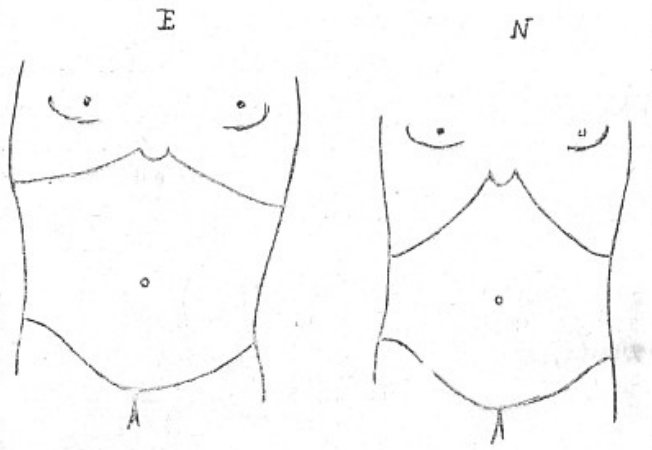


FIG. 3. — *Vue antérieure de la partie inférieure du thorax et de l'abdomen d'un emphysémateux (E) comparée à celle d'un sujet normal (N).*
Cette figure montre chez l'emphysémateux (E) l'augmentation notable de l'*angle épigastrique* dont le sommet correspond à l'appendice xiphoïde et dont les côtés sont formés par le rebord des cartilages des fausses côtes.

Pendant l'expiration et l'inspiration on était frappé de l'*immobilité presque absolue de son thorax* qui paraissait avoir perdu toute souplesse et être devenu complètement rigide.

2) *Percussion.*

A la percussion on dénotait de l'*augmentation de la sonorité*, du *tympanisme* même, sur toute l'étendue des deux poumons. On remarquait que, dans le dos, le thorax était sonore plus bas qu'à l'état normal, puisqu'il fallait atteindre les dernières côtes en arrière pour trouver enfin de la matité.

Par exemple, la sonorité pulmonaire ne paraissait pas chez lui empiéter sur les matités cardiaque et hépatique, comme cela se voit assez fréquemment chez de grands emphysémateux. Son foie n'était pas non plus abaissé.

3) *Palpation.*

La palpation permettait de déceler une *diminution très nette des vibrations vocales*, ce qui est un signe d'emphysème. Il arrive quelquefois — et c'était précisément le cas chez notre homme — que les vibrations soient même presque complètement abolies.

4) *Auscultation.*

Les symptômes fournis par l'auscultation n'étaient pas moins classiques.

Le *murmure vésiculaire était considérablement affaibli.* Comment en pourrait-il être autrement chez des gens dont la ventilation pulmonaire est très réduite ?

L'*inspiration était brève, aspirative*, comme *humée.*

L'*expiration était au contraire prolongée.* Elle était de ce fait plus longue que l'inspiration, ce qui est l'inverse de la normale.

On entendait encore dans la poitrine de nombreux râles ronflants et sibilants disséminés, ce qui est aussi la règle dans l'emphysème, exceptionnellement pur et toujours pour ainsi dire accompagné de bronchite. Quand celle-ci est réduite au minimum, on n'entend guère çà et là, principalement à la partie moyenne et au sommet, que de petites sibilances courtes et sèches : c'est le catarrhe sec de l'emphysème.

Il n'est pas rare qu'aux râles de bronchite disséminée s'ajoutent quelques râles sous-crépitants de congestion au niveau des bases. Il n'y en avait pas dans notre cas.

5) *Radioscopie.*

Quand la chose est possible, il est bon de compléter l'examen physique du thorax d'un emphysémateux par une étude radioscopique. La radiographie qui ne montre les lésions qu'à l'état statique est bien moins intéressante.

A l'écran voici ce que nous avons vu :

Les champs pulmonaires présentaient une transparence uniformément exagérée. L'espace clair antérieur et l'espace clair rétrocardiaque (ce qu'on appelle en position transverse : l'espace clair postérieur : et en position oblique, l'espace clair médian) étaient augmentés.

La cage thoracique était élargie dans tous ses diamètres. Les espaces intercostaux étaient eux aussi plus larges, plus clairs et tranchaient plus nettement que de coutume sur des côtes plus sombres et horizontales.

Les sinus costo-diaphragmatiques étaient élargis et clairs, et cependant la coupole diaphragmatique était très peu mobile.

Ce sont là les caractéristiques radioscopiques habituelles de l'emphysème pulmonaire.

L'état de la coupole diaphragmatique mérite toujours d'être considéré avec soin dans l'emphysème. Maingot a montré qu'il permettait de classer les malades en deux catégories : celle des hypersthéniques — dans laquelle rentrait notre sujet — dont le diaphragme est peu abaissé en raison de la résistance de la sangle abdominale : les sinus costo-diaphragmatiques sont larges et profonds ; celle des hyposthéniques, dont le centre phrénique s'effondre par suite du relâchement des muscles de l'abdomen : les sinus sont toujours larges — mais ils sont courts.

6) *Recherche de la valeur fonctionnelle des poumons.*

Enfin pour terminer l'inventaire des troubles présentés par un emphysémateux, il faut étudier la valeur fonctionnelle de ses poumons en mesurant les mouvements encore possibles du thorax et la capacité respiratoire. A cet égard, la spirométrie et la cyrtométrie simplifiée sont les seules épreuves applicables à la pratique courante. Je vous signale

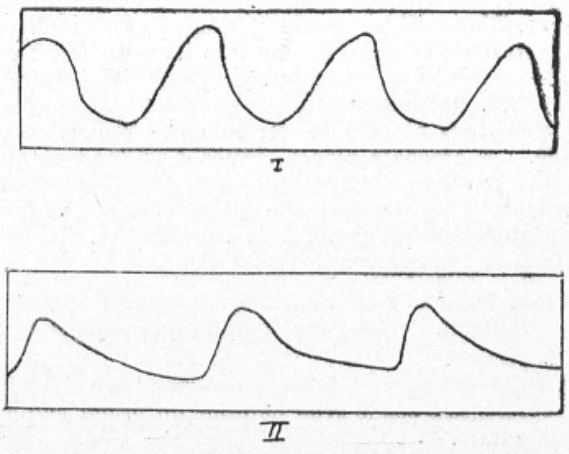


FIG. 4. — *Tracés respiratoires enregistrés par le pneumographe.*
I. *Chez un sujet normal* (d'après Ch. ACHARD et Léon BINET).
L'inspiration (ligne ascendante) s'effectue d'une manière à peu près égale, L'expiration (ligne descendante) est d'abord brusque, puis s'achève progressivement et doucement ; elle est plus longue que l'inspiration (dans la proportion de 16 à 10 (d'après VIERORDT).
II. *Chez un emphysémateux.*
L'inspiration brève s'inscrit par une ligne ascendante plus courte et plus verticale qu'à l'état normal.
L'expiration prolongée se traduit par une ligne descendante plus longue et plus oblique.

© BIU Santé

cependant les renseignements fournis dans l'emphysème pulmonaire par la pneumographie, la pneumométrie et l'étude des échanges respiratoires.

a) La *pneumographie* confirme, par l'inscription sur des graphiques pris à l'aide d'appareils enregistreurs de Marey, les données de la clinique sur la brièveté de l'inspiration et la longueur de l'expiration de ces malades. Chez eux, la ligne inspiratoire est plus courte et plus verticale que chez un individu normal ; la ligne expiratoire est au contraire plus longue et plus oblique que chez un sujet sain. (Voir figure 4.)

b) La *pneumométrie*, à l'aide de l'appareil de Waldenburg mesure la pression de l'air inspiré et de l'air expiré. Elle montre que la tension expiratoire est diminuée, et qu'elle est inférieure à la pression inspiratoire, ce qui est l'inverse de la normale.

c) L'*analyse chimique des gaz de la respiration* indique une réduction notable des échanges respiratoires : il y a moins d'oxygène inhalé et moins d'acide carbonique exhalé.

Ces épreuves ne manquent pas d'intérêt au point de vue de la pathologie. Elles n'intéressent pas le praticien.

La spirométrie et la cytométrie fournissent au contraire d'utiles renseignements.

d) La *spirométrie* mesure la quantité de l'air expulsé par une expiration forcée après une inspiration forcée. Elle nécessite un appareil : un spiromètre. Il en existe plusieurs modèles. Le plus pratique est le spiroscope de Pescher qui sert à la fois d'instrument de mesure et d'appareil de traitement gymnastique. Il mériterait de figurer dans l'arsenal de tout service d'hôpital bien monté, sinon dans celui de tout bon praticien.

Tandis qu'à l'état normal, la quantité d'air expirée après une inspiration forcée est de 3 à 4 litres chez l'homme, de 2 à 3 litres chez la femme, cette quantité tombe, dans l'emphysème pulmonaire, à 2 litres, 1 litre ou même moins encore.

Cette mesure, si intéressante, nous n'avons pas pu la faire, faute d'appareils. Bien des médecins auraient été dans notre cas !

e) Mais ce que nous avons fait, tout le monde peut le faire: c'est la *cyrtométrie*, c'est-à-dire la mesure du périmètre thoracique, dans les deux positions extrêmes de l'inspiration et de l'expiration forcées. La différence entre les deux chiffres trouvés constitue ce que Hirtz a appelé l'*indice respiratoire*, mesure de la mobilité de la cage thoracique. Pour fixer cet indice il suffit d'un simple ruban métrique en étoffe ou en taffetas gommé, comme celui que possèdent toutes les couturières. On prend la mesure de la poitrine au niveau des mamelons successivement en inspiration et en expiration forcées, et on lit la différence entre les deux . Normalement cette différence est de 7 centimètres ; elle s'abaisse chez l'emphysémateux à 5, 4, 2, quelquefois 1 1/2 ou 1 centimètre.

Chez notre vieillard elle était d'un demi-centimètre seulement. C'est là un chiffre extrême, déjà rencontré, mais pourtant exceptionnel.

C) *Signes généraux.*

Ce malade n'avait aucune fièvre. C'est la règle dans l'emphysème pulmonaire, à moins de complications.

Examen des autres appareils que l'appareil respiratoire.

Indépendamment de ses poumons, nous avons examiné, comme il faut le faire toujours chez un emphysémateux, les autres appareils.

1) Notre attention s'est portée d'abord sur *le cœur*, organe dont le fonctionnement doit être très surveillé chez de tels malades. Il ne donnait aucun signe de défaillance. On n'y entendait aucun souffle. Le fait méritait d'être souligné, car on a décrit autrefois des souffles cardiaques spéciaux à l'emphysème, attribués soit à l'anémie par Gerhardt, soit à la dégénérescence graisseuse du cœur par Hirtz, et qu'on considère aujourd'hui comme des souffles extra-cardiaques, cardio-pulmonaires, bien compréhensibles par suite de l'empiètement des bords antérieurs des poumons distendus d'emphysème sur l'aire d'auscultation du cœur.'

2) La *pression artérielle* était plutôt élevée : 20 × 10 au Pachon. C'est la règle dans l'emphysème d'après Bosc et Vedel. Il est probable que cette hypertension légère n'est pas sous la dépendance de l'emphysème, mais qu'elle relève de la même cause que lui. Ainsi, chez notre malade, c'est l'âge qui certainement élevait sa pression par suite de la perte d'élasticité de ses artères, de même que l'emphysème tenait à la rigidité de son thorax et à la diminution de son élasticité pulmonaire. Aussi, quand chez un emphysémateux vous trouverez une hypertension artérielle forte, n'incriminez pas dans son déterminisme la lésion pulmonaire mais méfiez-vous de l'existence d'une néphrite hypertensive concomitante.

3) Les *urines* de cet homme ne renfermaient ni sucre, ni albumine. C'est classique, à moins de néphrite ou de diabète surajoutés à l'emphysème.

4) Ses digestions étaient parfaites. Il est bon de le noter car *les troubles digestifs* sont assez fréquents chez les emphysémateux. Il s'agit généralement de dyspepsie hyposthénique avec digestions lentes et pénibles, flatulences, dilatation d'estomac, constipation. On a beaucoup discuté pour savoir si ces manifestations digestives sont sous la dépendance de l'emphysème et on les expliquait alors par la gêne apportée à la circulation gastrique par la dilatation du cœur droit, si fréquente, comme nous allons le voir, dans l'emphysème ; ou bien si l'emphysème n'est pas secondaire à la gêne respiratoire déterminée par la dilatation gastrique. Ne prenons pas parti. Contentons-nous d'enregistrer les faits.

5) Le *système nerveux* fonctionnait parfaitement.

6) Le *foie et la rate* étaient normaux.

Tel était l'état de cet homme. Il nous a fourni un type d'emphysémateux à peu près pur, à la période d'état de sa maladie, à la phase qu'on pourrait appeler pulmonaire, et en dehors de toute poussée bronchitique.

II) Phase bronchitique (*Emphysème et bronchite chronique*).

Mais l'emphysème existe rarement, et bien peu de temps, à l'état pur. En raison de la mauvaise ventilation pulmonaire, les bronches, insuffisamment balayées, s'infectent facilement ; il en résulte des poussées de bronchite à répétition. Déjà Laennec avait dit : « Pas d'emphysème sans bronchite chronique ».

Voici comment se présentent en général ces poussées bronchitiques, confondues souvent par les malades, et quelquefois par leur médecin, avec des « crises d'emphysème » (crises d'emphysème qui n'existent pas, comme je vous l'ai déjà dit) :

Tous les symptômes fonctionnels s'exagèrent. La dyspnée devient plus violente, plus bruyante ; elle s'accompagne de cyanose. Le thorax est secoué constamment de quintes de toux extrêmement pénibles. L'expectoration, beaucoup plus abondante, est devenue muco-purulente. En même temps une fièvre plus ou moins intense s'est allumée. Si l'on ausculte enfin le malade, on entend roucouler dans sa poitrine de nombreuses s bilances entrêmêlées de ronflements sonores : c'est le fameux et classique bruit de pigeonnier.

◆◆

© BIU Santé

Au cours de cette poussée bronchitique, bien souvent la dyspnée prend un type asthmatiforme, même quand l'asthme n'a jamais antérieurement existé chez le malade.

Peu à peu les crises de bronchite se rapprochent ; elles deviennent à un moment donné subintrantes, et c'est ainsi qu'insensiblement la première phase pulmonaire de la maladie cède la place à la seconde phase, dite phase bronchitique, en attendant qu'après une échéance, heureusement très lointaine parfois, survienne la troisième phase — phase cardiaque — de la maladie, due à l'influence néfaste des lésions d'emphysème chronique sur le cœur droit, qui finit par se laisser dilater.

III. Phase cardiaque.

La phase cardiaque de l'emphysème pulmonaire chronique est caractérisée d'abord par de la tachycardie, de la turgescence des jugulaires, de l'hypertrophie douloureuse du foie. A ces signes prémonitoires succèdent l'œdème des membres inférieurs, la congestion hypostatique des bases, la dilatation des cavités droites du cœur, qu'on ne peut apprécier à la palpation ou à la percussion du cœur rendues inopérantes par l'emphysème pulmonaire, enfin par l'insuffisance tricuspidienne et tous les signes de l'hyposystolie d'abord, puis de l'asystolie. Bien entendu, dans cette forme de l'asystolie les manifestations respiratoires tiennent toujours la place prépondérante : la dyspnée y est intense, avec crises asthmatiformes ; il peut y avoir des hémoptysies, souvent répétées ; la congestion œdémateuse tenace des bases s'ajoute aux râles de bronchite. L'emphysème est noyé dans ce complexus cardio-pulmonaire. La mort est la terminaison de tels accidents.

Terminaison. Complications.

Mais cette mort par le cœur n'est pas la seule manière de finir pour l'emphysémateux.

Il est fréquent que la sclérose rénale soit associée à la dilatation alvéolaire pulmonaire, et le malade meurt comme un cardio-rénal, avec de l'insuffisance rénale et de l'insuffisance cardiaque associées.

Il peut encore succomber à une infection pulmonaire surajoutée qui, vu l'état du parenchyme pulmonaire, entraîne une asphyxie rapide. Il en est ainsi par exemple quand une pneumonie, ou surtout une broncho-pneumonie, vient à se développer chez un emphysémateux.

Quelques-uns de ces malades meurent tuberculeux. Cette éventualité est loin d'être rare, contrairement à l'opinion ancienne de l'antagonisme entre la tuberculose et l'emphysème.

Enfin l'emphysème peut entraîner la mort par le moyen de deux complications mécaniques, le pneumothorax et l'emphysème interstitiel, dues toutes les deux à la rupture de bulles emphysémateuses soit dans la plèvre, soit dans le tissu interstitiel du poumon, à l'occasion d'un accès de toux ou d'un effort.

Le *pneumothorax* est rare dans l'emphysème généralisé chronique. Il y est extrêmement grave. Il entraîne très rapidement l'asphyxie par insuffisance pulmonaire aiguë.

L'*emphysème interstitiel*, accident d'emphysème plutôt aigu que chronique, est rare au cours du syndrome emphysémateux qui nous occupe. L'air infiltre d'abord le tissu interstitiel du poumon, puis fusant le long des gros canaux aériens, gagne le médiastin par l'intermédiaire du hile du poumon ; il s'étend ensuite au cou et peut se généraliser.

On pourrait parfois le reconnaître avant son extériorisation à la base du cou grâce à l'existence de râles crépitants secs à grosses bulles, signalés par Laennec, et qui seraient pathognomoniques. On en fait ordinairement le diagnostic au moment où il devient sous-cutané, et donne naissance à la crépitation neigeuse caractéristique dans les régions sus-claviculaires et sus-sternales tuméfiées sans être enflammées.

Ces complications sont heureusement exceptionnelles ; il est bien rare qu'elles interrompent l'évolution de l'emphysème pulmonaire généralisé chronique, qui reste un type de maladie de durée très longue, et souvent indéfinie.

Formes cliniques.

A côté du type idéal d'emphysème pulmonaire, qui survient chez un adulte, et que je viens de vous décrire, il faut faire une place pour certaines formes cliniques de ce syndrome. Elles diffèrent de la forme typique, soit par leur association avec une autre maladie (asthme, bronchite, tuberculose), soit par le terrain sur lequel elles se développent (en particulier suivant l'âge des malades).

A) *Formes associées.*

1) *Asthme et emphysème.*

L'association de l'asthme et de l'emphysème est des plus fréquentes.

L'opinion classique, il y a quelques années encore, voulait que l'asthme commençât par être d'abord pur, puis aboutît à l'emphysème. Au début la respiration redevenait parfaite entre les crises d'asthme, puis peu à peu l'emphysème et la bronchite chronique venaient prolonger la crise et la relier pour ainsi dire à la suivante. En même temps, les accès d'asthme se déformaient, n'étaient plus si francs, et finissaient par se fondre dans un mélange hybride de bronchite asthmatiforme. L'asthme et l'emphysème sont à ce moment étroitement emmêlés : c'est l'*asthme intriqué* de Sergent.

A l'heure actuelle, on comprend un peu différemment les rapports de l'asthme et de l'emphysème. Nous avons vu que l'emphysème le plus pur, le plus dégagé de tout asthme antérieur, peut donner lieu à des crises de dyspnée asthmatiforme. Pour MM. Bezançon et I. de Jong, une crise humorale, un choc colloïdoclasique ne pourrait engendrer un accès d'asthme que si le poumon est préparé à réagir par un emphysème latent. Et si l'asthme a été si souvent considéré comme la cause de l'emphysème, et non sa conséquence, cela tient à ce que cet emphysème latent ne s'extériorise cliniquement que beaucoup plus tard, paraissant alors être secondaire, alors qu'il est en réalité primitif.

2° *Emphysème et bronchite chronique.*

Dans certains cas d'emphysème avec bronchite chronique, cette dernière tient tellement la première place que l'emphysème passe au second plan. Dans de telles éventualités la bronchite est souvent accompagnée de dilatations bronchiques, surtout visibles aux rayons X. L'emphysème fréquemment partiel se révèle à la radioscopie sous la forme de zones de grande clarté alternant avec des zones plus sombres de bronchite.

3° *Emphysème et tuberculose.*

L'association de l'emphysème et de la tuberculose a été très longtemps discutée. Il n'y a pas très longtemps on admettait encore leur antagonisme. Mais Grancher survint... et montra la coexistence anatomique fréquente de l'emphysème et de la tuberculose sous la forme de ce qu'il appela l'*emphysème réticulé des tuberculeux* localisé autour des lésions tuberculeuses. Bientôt, par réaction inverse à la théorie antagoniste, on voulut faire de tout emphysème pulmonaire une lésion de nature tuberculeuse. C'était une autre exagération. *In medio stat virtus.*

L'opinion ancienne, celle de l'antagonisme, venait de ce qu'à l'époque où elle fut émise on ne connaissait que la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse. Il existe en effet

© BIU Santé

un antagonisme manifeste entre cette forme de phimatose et l'emphysème.

Mais nous avons depuis lors appris à connaître les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire, et ce seraient celles-là qui produiraient l'emphysème pulmonaire. TRIPIER, BARD et BÉRIEL ont décrit en particulier une tuberculose fibreuse discrète, diffuse, avec bronchite, emphysème et asthme, qui ne se distingue anatomiqement de l'emphysème pur que par la présence de petites granulations tuberculeuses perdues dans les bandes scléreuses, et qui lui ressemble en tous points au point de vue clinique.

Cette forme de tuberculose fibreuse avec emphysème peut à un moment donné se réchauffer, se transformer en une tuberculose pulmonaire évolutive ordinaire ; ce sont des cas de ce genre qui avaient fait dire à HIRTZ que l'emphysème prédispose à la tuberculose.

Enfin les rapports de la tuberculose et de l'emphysème pourraient être encore d'une autre nature. Chez des tuberculeux vulgaires il se produirait parfois un emphysème compensateur, dit par DUMAREST *emphysème hypertrophique*, qui prédominerait aux bases et au niveau des bords antérieurs des poumons, aurait les mêmes signes physiques que l'emphysème ordinaire tel que nous l'avons étudié, en se rapprochant toutefois de la respiration supplémentaire au point de vue de l'auscultation, mais ne s'accompagnerait d'aucun symptôme fonctionnel.

B) *Formes suivant l'âge des malades.*

1° *Forme de l'adulte.*

Comme type de description de l'emphysème pulmonaire on prend généralement un adulte d'une quarantaine d'années. C'est à lui que j'ai fait allusion constamment, même en vous décrivant les symptômes de notre malade, car l'asthme de l'adulte et celui du vieillard ont bien des points communs.

2° *Forme du vieillard* (type Freund).

Cependant certains caractères individualisent une forme spéciale d'emphysème du vieillard. On lui réserve généralement le nom d'emphysème du type FREUND, du nom du premier auteur qui a attiré l'attention sur l'importance des lésions thoraciques de ces sujets. Notre homme appartenait à ce type.

Il s'agit de sujets âgés qui présentent les mêmes signes pulmonaires que les emphysémateux adultes ordinaires, mais chez lesquels prédomine une rigidité particulière du thorax maintenu en état de permanente dilatation par l'ossification des cartilages costaux.

Cette ossification, plus souvent partielle que généralisée, entraîne quelquefois l'exagération de l'angle de Louis à l'union de la 1re et de la 2e pièce du sternum.

On la met en évidence par la palpation de ces cartilages qui sont durs, proéminents, irréguliers, immobiles. Cependant la palpation reste souvent insuffisante, parce que les lésions sont centrales. Aussi a-t-on proposé divers artifices pour mieux apprécier l'état de ces cartilages. RATH conseillait de les palper à nu, après les avoir mis à jour par une incision exploratrice. Les auteurs allemands ont prôné également l'exploration de la résistance du cartilage par la ponction à l'aiguille : on percevrait ainsi l'existence de noyaux profonds d'ossification quand ils existent. VON VELDEN a recommandé l'examen radiographique des cartilages en position oblique, les centres ossifiés apparaissent sous forme de taches opaques. C'est à cette méthode qu'on préfère recourir en France.

Si l'on cherche tant à préciser l'état de ces cartilages c'est que ce type Freund, s'il est dûment reconnu, est accessible à la chirurgie. Il faut donc être bien sûr que les troubles emphysémateux relèvent bien de l'ossification des cartilages costaux, avant de tenter une opération dirigée contre elle.

Cette forme de Freund a aussi un autre intérêt : c'est la gravité de son pronostic. Plus que toute autre variété d'emphysème, elle prédispose aux accidents cardiaques. D'après FREUND, l'asystolie serait plus précoce dans le cas d'ossification primitive des 2e et 3e cartilages costaux droits que dans le cas d'ossification généralisée à tous les cartilages costaux ; ce qu'AMEUILLE ne considère pas comme démontré.

3° *Forme de l'enfant.*

Il n'y a pas de forme d'emphysème chronique de l'enfant. Celui-ci ne fait que de l'emphysème aigu ou de l'emphysème interstitiel, qui ne rentrent pas dans le cadre de cette leçon.

4° *Forme des adolescents.*

Il existe un emphysème chronique de l'adolescence. Il frappe le plus souvent des adénoïdiens, avec obstruction nasale, des sujets gras, précocement obèses, avec un abdomen proéminent et un gros thorax élargi. Comme chez l'adulte, il s'accompagne de bronchite à répétition, et du cortège symptomatique classique du syndrome emphysémateux que vous connaissez bien maintenant.

Diagnostic.

I. DIAGNOSTIC POSITIF.

Sauf à la période tout à fait initiale où l'emphysème passe inaperçu, le diagnostic de cette maladie est en général facile.

On se fonde pour en affirmer l'existence sur l'habitus du sujet, sur ses déformations thoraciques, sur les caractères de la dyspnée expiratrice, sur l'ensemble des signes physiques y compris la radioscopie, enfin sur l'évolution chronique des accidents entrecoupés d'accès paroxystiques d'asthme ou de bronchite.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il est classique de discuter le diagnostic différentiel entre l'emphysème pulmonaire, le pneumothorax et les sténoses de la trachée ou des bronches. A part des cas exceptionnels, il est facile cependant de distinguer l'emphysème de ces deux dernières affections. Chez notre bon vieillard il n'était pas difficile de les éliminer.

1° *Le pneumothorax* est certes capable de donner une dyspnée très vive et de déterminer du tympanisme thoracique, de l'abolition des vibrations et de la respiration sur toute l'étendue d'un poumon. Mais son début est brusque, dramatique ; les signes physiques sont unilatéraux et comprennent, outre les symptômes négatifs communs avec l'emphysème, des bruits amphoro-métalliques qui lui sont particuliers, et fréquemment aussi de la succussion hippocratique.

2° *Les sténoses de la trachée ou des bronches*, qui tiennent presque toujours à la *compression* de ces canaux aériens provoquent en effet, comme l'emphysème, de la dyspnée, de la toux et entraînent la diminution du murmure vésiculaire avec conservation de la sonorité, et même son exagération sur une plus ou moins grande étendue du thorax. Elles déterminent par exemple du tirage et du cornage, et s'accompagnent des signes habituels des tumeurs du médiastin qui sont la cause de la sténose trachéo-bronchique : anévrysme de l'aorte, néoplasme, adénopathie...

3° Il existe par contre des cas sur lesquels MM. CAUSSADE

© BIU Santé

et LEVEN ont attiré l'attention avec raison, et qui sont trop souvent, à un examen superficiel, l'objet d'une erreur de diagnostic. Il s'agit de sujets obèses, gros mangeurs, aérophages, atteints d'aérogastrie. Ces individus dont la paroi abdominale doublée de graisse entre en tension excessive sous l'influence de ces distensions gazeuses gastro-intestinales ont leur diaphragme refoulé dans la cavité thoracique. Il en résulte une réduction plus ou moins considérable de la capacité thoracique, et une gêne respiratoire d'intensité variable qui simule l'emphysème. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de ces faits pour ne pas se laisser tromper. Ces *dyspeptiques dits emphysémateux ont un grand abdomen et un petit thorax.* Au cas d'hésitation. l'examen radioscopique lèverait aisément tous les doutes.

Dans notre cas il était aisé d'écarter le diagnostic de faux syndrome emphysémateux par *dilatation gastrique* ou *aérocolie* : le ventre n'était nullement ballonné ; l'abdomen était plutôt petit, comparativement au thorax, qui était grand et large.

Certains incidents au cours de l'emphysème peuvent prêter à discussion.

4° En présence d'une crise de dyspnée asthmatiforme on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un *accès d'asthme dit essentiel.* Remarquez que les signes fonctionnels sont bien les mêmes et qu'au déclin de la crise d'asthme le plus pur, par suite de l'emphysème aigu qui se produit à l'occasion de l'accès, les signes physiques sont aussi ceux de l'emphysème pulmonaire. On reconnaît l'asthme vrai à ce qu'il atteint des sujets jeunes, ou tout au moins s'est installé au cours de l'adolescence, à ce que le début de la crise est récent et peut être nettement précisé, à ce que la respiration redevient parfaite entre les crises. Il faut dire que le malade « ne perd rien pour attendre » et que, pour peu qu'il reste asthmatique il ne tardera pas à devenir emphysémateux.

5° L'asthme dit essentiel ne pouvait être mis en cause chez notre patient, en raison de son âge et de l'absence d'antécédents asthmatiques. Mais ne pouvait-il s'agir chez lui de *pseudo-asthme : cardiaque, aortique ou rénal* ? Cela aurait pu être en effet, mais il n'y avait aucune lésion du cœur, de l'aorte ou des reins, ni aucun trouble circulatoire. L'emphysème d'ailleurs, dont on trouvait tous les signes, suffisait à expliquer ces crises asthmatiformes.

6° Au moment des poussées de bronchites, il n'est pas toujours commode de reconnaître s'il n'existe que de la *bronchite chronique pure*, ou de la bronchite chronique et de l'emphysème. La bronchite chronique peut exister en effet sans emphysème, et la réciproque n'est pas vraie. On ne constate alors aucun des signes physiques et radioscopiques propres à l'emphysème.

7° Lorsqu'on a l'occasion d'observer l'emphysémateux à la phase cardiaque de sa maladie — et si l'on ne connaît pas son état antérieur — il est parfois très difficile de savoir qui a commencé du cœur ou du poumon, et si les accidents pulmonaires ne sont pas ceux des *bronchites secondaires des cardiaques* et du *poumon cardiaque.* Dans cette alternative basez-vous pour conclure beaucoup plus sur l'anamnèse et la filiation des troubles que sur les caractères des manifestations broncho-pulmonaires très semblables à quelques nuances près, et sur l'auscultation cardiaque toutours très difficile. Il est vrai qu'à ce moment peu importe ce diagnostic différentiel, le malade est avant tout un cardiaque, et quelle que soit la cause de son asystolie, il doit être traité comme tel.

III. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Somme toute, le diagnostic différentiel de l'emphysème ne présente habituellement ni beaucoup de difficultés ni beaucoup d'intérêt. Il n'en est pas de même de son diagnostic étiologique.

Pourquoi l'emphysème pulmonaire s'est-il produit chez lui ? Telle est la question qu'il faut se poser toujours devant un emphysémateux. Pour vous montrer comment nous y avons répondu au sujet de notre malade récapitulons brièvement les différentes causes de l'emphysème.

ETIOLOGIE DE L'EMPHYSÈME.

A) *Causes déterminantes.*

Les causes déterminantes de cette maladie sont : 1° toutes les affections broncho-pulmonaires dyspnéisantes et tussigènes ; 2° toutes les malformations du thorax.

1° *Affections broncho-pulmonaires dyspnéisantes et tussigènes.*

Les maladies broncho-pulmonaires qui donnent lieu à de la toux et à de la dyspnée provoquent l'emphysème en augmentant la pression intra-alvéolaire ou en dilatant les alvéoles à l'extrême.

a) *Dyspnéisantes.*

En première ligne des affections dyspnéisantes, il faut placer l'*asthme*, qui est la grande cause déterminante de l'emphysème. Puis viennent les autres affections qui, comme lui entraînent la surdistension du thorax afin d'appeler l'air gêné dans son arrivée jusqu'aux alvéoles par un obstacle situé sur les canaux aériens : ce sont : les *sténoses laryngées*, le *croup* en particulier ; les *sténoses de la trachée ou des bronches* ; l'*obstruction des fosses nasales, du nasopharynx* par de la rhinite hypertrophique, des polypes, des végétations ; les *embolies pulmonaires*, les *bronchites capillaires*, les *broncho-pneumonies*, spécialement celles qui succèdent à l'*intoxication par les gaz de guerre* (SERGENT et HAAS), enfin même les *scléroses pulmonaires et les pneumokonioses.*

b) *Tussigènes.*

Parmi les pneumopathies tussigènes, les *bronchites à répétition*, la *bronchite chronique*, doivent prendre la place que l'asthme tenait dans les affections dyspnéisantes. Elles sont avec lui au premier rang des causes déterminantes de l'emphysème ; il faut dire qu'elles se surajoutent souvent à lui pour dilater les alvéoles.

A côté d'elles, il faut faire une place bien plus modeste à la *coqueluche*, *aux tumeurs du médiastin*, *aux adénopathies trachéo-bronchiques*, etc.

2° *Malformations du thorax.*

Les déformations thoraciques amènent la distension permanente de certains alvéoles par suite de l'adaptation parfaite du poumon à la cage thoracique. Toutes les *gibbosités* donnent de l'emphysème, qu'elles soient *pottiques*, *rachitiques* ou de toute autre nature ; toutes les *scolioses* aussi Enfin l'ossification des cartilages costaux, en immobilisant. le thorax, est, comme nous le verrons, un facteur important d'emphysème.

B) *Causes prédisposantes.*

Malgré tout, ces causes déterminantes de l'emphysème n'ont leur plein effet que si des causes prédisposantes viennent leur apporter leur concours.

1° *Age.* — L'emphysème pulmonaire chronique se développe de préférence chez l'adulte après 30 ans ; quelquefois chez le vieillard ; plus rarement chez l'adolescent, jamais chez l'enfant.

2° *Sexe.* — Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

3° *Professions.* — Il se voit surtout chez certains indivi-

© BIU Santé

dus exposés par leur profession à faire de fréquents efforts respiratoires, bouche fermée ou ouverte : débardeurs, portefaix, chanteurs, joueurs d'instruments à vent, souffleurs de verre, ou bien encore chez des sujets exposés à inhaler des poussières et atteints de pneumokonioses : mineurs, charbonniers, tapissiers, ouvriers de filatures.

4° *Climat.*— Il serait plus commun dans certaines régions à climat humide et pluvieux, sans doute par ce que les bronchites y sont plus fréquentes.

5° *Intoxications.* — Il frapperait de préférence des individus intoxiqués par l'alcool, le tabac, les gaz de guerre.

6° *Hérédité.* —Très souvent, il faut bien l'avouer, l'emphysème apparaît chez des personnes chez qui on ne peut retrouver aucune des causes prédisposantes ou déterminantes que je viens de vous énumérer. C'est pour expliquer ces cas qu'on fait intervenir l'hérédité neuro-arthritique, la diathèse goutteuse. Virchow en faisait de l'*emphysème essentiel*, par suite d'une atrophie constitutionnelle du squelette élastique du poumon. Mieux vaut reconnaître que l'étiologie de tels cas nous échappe complètement.

7° *Infections latentes.* — Il est vrai que dans la plupart d'entre eux la cause de l'emphysème peut résider, et réside sans doute dans une prédisposition particulière de l'organisme à faire de la sclérose et de l'atrophie par suite de son infection latente par la tuberculose ou la syphilis.

Les travaux modernes ont montré la fréquence de ces deux infections à la base de nombreuses observations d'emphysème pulmonaire chronique.

Je vous ai rappelé tout à l'heure la fréquence de la *tuberculose* fibreuse associée à l'emphysème. Aussi devant tout emphysémateux devez-vous soupçonner l'intervention possible d'une tuberculose larvée et vous efforcer de la dépister en pratiquant à plusieurs reprises des examens de crachats après ou sans homogénéisation, pour découvrir le bacille de Koch.

La syphilis est plus rarement en cause que la tuberculose ; cependant la syphilis pulmonaire apparaît de plus en plus commune depuis qu'on pense davantage à elle. Elle peut donner le tableau typique de l'emphysème. La recherche des antécédents et des stigmates, la pratique du Wassermann, seront les meilleurs moyens de reconnaître l'étiologie syphilitique d'un cas d'emphysème suspect. Un traitement antisyphilitique d'épreuve pourra compléter utilement cette enquête.

Notre vieux client avait dans ses antécédents toutes les raisons de faire de l'emphysème, vous le voyez. Il était âgé ; il avait eu de nombreuses bronchites depuis plus de 40 ans ; il semblait avoir un thorax rigide par ossification des cartilages costaux. Il n'avait besoin ni de la syphilis, ni la tuberculose pour expliquer le développement de son emphysème. Cependant nous avons recherché le bacille de Koch dans ses crachats et la syphilis dans son sang par la réaction de Wassermann. La réponse du laboratoire fut : résultat négatif pour les deux épreuves.

IV. Diagnostic du degré d'emphysème et de la valeur fonctionnelle des poumons.

Il ne nous restait plus — une fois terminée cette enquête étiologique — qu'à faire le diagnostic du degré de l'emphysème du malade, afin d'apprécier la valeur fonctionnelle de ses poumons et de pouvoir porter le pronostic de l'échéance de ce processus incurable, mais de longue durée, qu'est l'emphysème pulmonaire chronique.

Il est des cas où l'établissement de ce pronostic acquiert une importance de tout premier ordre. Une compagnie d'assurances, dont vous êtes le médecin-conseil, vous demande par exemple s'il est imprudent d'accepter un emphysémateux qui désire signer un contrat d'assurances sur la vie ; ou bien, deuxième exemple, un de vos malades, grand emphysémateux, vous consulte pour savoir s'il peut oui ou non se marier. Sur quoi baser votre réponse ? Comment savoir que l'asystolie, échéance presque fatale mais souvent éloignée de l'emphysème, est plus ou moins proche ?

La spirométrie pourrait peut-être vous servir de mesure — mais elle n'est pas encore entrée dans la pratique, et elle n'y rentrera pas sans doute de sitôt, car elle nécessite des appareils encombrants. Mais la cystométrie et la recherche de l'indice respiratoire de Hirtz, avec un simple ruban métrique va vous permettre de donner immédiatement une réponse autorisée à la question qui, vous est posée.

Hirtz a montré qu'on doit considérer comme *risque taré*, par conséquent inacceptable, tout emphysémateux qui désire contracter une assurance sur la vie et *dont l'indice respiratoire est inférieur à trois centimètres.*

Il faut de même refuser l'autorisation de se marier à tout individu qui présente un indice respiratoire inférieur à ce chiffre. Hirtz cite à ce sujet le cas de deux de ses malades, l'un de 46 ans, l'autre de 52 ans, au mariage desquels il avait opposé son veto à cause de la faiblesse de leur indice. Bien entendu l'un et l'autre avaient passé outre à sa défense — c'est humain ! — Le premier mourut asystolique quatorze mois plus tard ; le second trois ans et demi après.

Pronostic.

Chez notre malade le pronostic *quoad vitam* devait être considéré comme grave, puisque l'indice respiratoire n'était que d'un demi-centimètre. Il fallait craindre chez lui l'apparition imminente de l'asystolie. Vous vous rappelez que c'est la caractéristique évolutive des emphysèmes chroniques à type Freund d'aboutir précocément à l'asystolie. A ce point de vue ce sujet se montrait encore une fois classique.

Pathogénie

Quelques mots de pathogénie vont nous servir d'introduction utile à la thérapeutique de l'emphysème.

Comment se produit l'emphysème, c'est-à-dire la distension excessive et permanente des alvéoles pulmonaires ?

Nous venons de voir, en étudiant l'étiologie de cet état pathologique, que deux grandes classes de causes se trouvent à son origine : des affections pulmonaires dyspnéisantes et tussigènes, des déformations thoraciques.

Les théories pathogéniques s'appuient, suivant les préférences de chaque auteur, sur l'un ou l'autre de ces facteurs Il y a donc des théories pulmonaires, et une théorie thoracique de l'emphysème pulmonaire chronique.

1° *Théories pulmonaires.*

Les théories pulmonaires invoquent : *a*) soit une action purement mécanique de l'air sur les alvéoles (théorie mécanique) ; *b*) soit des altérations organiques du parenchyme pulmonaire (théorie dystrophique).

a) Les partisans d'une *théorie mécanique* de l'emphysème se divisent encore en deux camps suivant qu'ils estiment prépondérante dans la distension alvéolaire l'action de l'inspiration forcée ou celle de l'expiration forcée.

α) Laënnec a été le premier défenseur de la théorie de l'emphysème conséquence de l'*inspiration forcée.* La majorité des auteurs se rangent à son opinion. Le rôle de l'inspiration dans la production de l'emphysème semble prouvée par l'importance du rôle étiologique de l'asthme et de toutes les affections dyspnéisantes par gêne inspira-

© BIU Santé

toire dans la production de cet état pathologique. Les efforts inspiratoires extrêmes et soutenus dilatent le thorax au maximum, et, puisque le poumon est solidaire du thorax dans tous ses mouvements, entraînent la distension excessive et permanente des alvéoles. Le tissu élastique du poumon, distendu constamment et au-dessus des limites de son élasticité, finit par céder, tout comme un caoutchouc sur lequel on tire trop fort perd sa souplesse, et devient un caoutchouc forcé.

Plus rarement, et spécialement au cours des processus congestifs, pneumoniques ou œdémateux localisés, l'inspiration forcée déterminerait l'emphysème par suite de la dilatation supplémentaire, vicariante des alvéoles sains.

L'expérimentation a d'ailleurs confirmé le rôle de l'inspiration forcée dans l'emphysème, entre les mains de nombreux observateurs. HIRTZ, entre autres, a pu reproduire l'emphysème pulmonaire chez le lapin après avoir diminué par une ligature moyennement serrée le calibre de sa trachée. Ce sont bien les énormes efforts inspiratoires que fait le pauvre animal à la suite de sa sténose trachéale provoquée qui sont la cause de son emphysème, car celui-ci ne se produit pas si l'on a soin de couper les nerfs phréniques, ce qui empêche toute contraction diaphragmatique.

β) *L'expiration forcée* jouerait, d'après JACCOUD, un rôle effectif dans la constitution de l'emphysème. Ne voit-on pas cet état pathologique se produire chez les gens qui font de violents efforts, chez ceux qui toussent constamment ? Or la toux et les efforts sont des actes qui sollicitent une expiration forcée, bouche ouverte ou fermée: les alvéoles se laisseraient dilater sous cette influence. Mais, direz-vous, comment le peuvent-elles puisqu'elles sont soutenues par la cage thoracique. A quoi les partisans de la théorie de Jaccoud répondent que l'emphysème siège surtout au sommet, à la base du poumon près du diaphragme, et enfin au niveau des lames antérieures des poumons, c'est-à-dire précisément en des régions où les alvéoles sont mal soutenus par la cage thoracique ouverte en haut, fermée en bas par un opercule souple, le diaphragme, dépressible en avant dans une certaine mesure au niveau des parties antérieures et élargies des espaces intercostaux.

Il est probable que l'une et l'autre de ces théories contiennent une part de vérité ; les actes respiratoires sont inséparables, une expiration forcée ne se conçoit qu'après une inspiration très profonde, et inversement provoque après elle une inspiration forcée. Il est donc difficile de dire lequel a raison dans cette controverse, et après avoir entendu LAENNEC et JACCOUD, on a bien envie d'être éclectique.

b) D'ailleurs — et voici qui peut mettre tout le monde d'accord — *la théorie dystrophique* intervient pour admettre que les causes mécaniques n'ont qu'une valeur accessoire dans la pathogénie de l'emphysème. Pour qu'elles puissent agir, il est indispensable que le parenchyme pulmonaire sur lequel elles exercent leur action soit diminué dans sa qualité et dans sa résistance par des lésions inflammatoires aiguës, subaiguës et surtout chroniques, ou bien encore par un état de dystrophie héréditaire ou acquise, ou enfin par atrophie sénile.

Les partisans de cette théorie vont même parfois jusqu'à prétendre que ces altérations parenchymateuses peuvent à elles seules déterminer l'emphysème sans l'intervention d'aucune action mécanique.

2° *Théorie thoracique.*

La théorie thoracique ou squelettique de FREUND a été émise par cet auteur en 1854. Elle a été fait l'objet de la très intéressante thèse d'AEMUILLE en 1909. L'emphysème serait sous la dépendance de la dilatation et de la rigidité du thorax (starr dilatierte thorax : thorax dilaté rigide (FREUND). Cette rigidité serait due à l'ossification plus ou moins complète et précoce des cartilages costaux sous l'influence de l'involution sénile. Les lésions prédomineraient sur les 2e et 3e cartilages costaux et à droite ; elles peuvent être généralisées. En tout cas les cartilages sont ossifiés en position de détorsion, et vous savez que cette position correspond à l'inspiration : voilà pourquoi ce thorax rigide est un thorax dilaté ou inspiration. Secondairement le poumon entraîné à se dilater constamment au maximum deviendrait emphysémateux.

L'emphysème de notre vieillard paraissait relever de cette pathogénie.

Traitement.

La lésion de l'emphysème — rupture des fibres élastiques du poumon — étant irréparable, le rôle du thérapeute doit se borner : 1° à entraver la progression de la maladie ; 2° à éviter son aggravation par des complications ; 3° à pallier l'insuffisance de la ventilation pulmonaire ; 4° à traiter certaines de ses complications s'il n'a pu les prévenir. La médecine lui fournit les moyens de remplir la majorité de ces indications. La chirurgie depuis quelques années a essayé de lui en apporter de nouveaux.

1° TRAITEMENT MÉDICAL.

1° *Pour enrayer la marche progressive de la maladie*, il est classique de prescrire aux emphysémateux de l'arsenic et de l'iode. Vous donnerez l'arsenic sous les formes les plus variées : liqueur de Fowler, arséniate de soude, granules de Dioscoride, ou cacodylate de soude, arrhénal, hectine. Vous alternerez les cures arsenicales avec les préparations iodées. On est plus réservé aujourd'hui sur l'emploi de l'iodure de potassium depuis qu'on connaît la fréquence de la tuberculose dans l'emphysème, aussi est-il préférable de donner l'iode sous forme de teinture d'iode dans du lait ou du vin.

La strychnine est assez souvent conseillée à de tels malades, à titre de tonique, dans l'espoir d'assurer une meilleure ventilation pulmonaire par action sur les nerfs respiratoires. Vous la prescrirez aux emphysémateux apathiques et asthéniés.

Quand la nature tuberculeuse ou syphilitique d'un emphysème est pour ainsi dire avérée, le traitement étiologique visera par les cures appropriées à guérir la tuberculose ou la syphilis.

2° *Pour éviter l'aggravation du mal*, les poussées de bronchite à répétition, il faut soumettre les emphysémateux à une hygiène rigoureuse. Sans plus de détails je vous dis que cette hygiène est dans ses grandes lignes celle des neuro-arthritiques : alimentation modérée et peu toxique, exercice au grand air sans fatigue, éviter les efforts de toutes sortes, frictions quotidiennes sur tout le corps, vêtements proportionnés à la température du milieu ambiant : légers à l'intérieur, chauds au dehors, afin d'éviter les refroidissements, etc.

Si c'est possible, l'emphysémateux fuira les climats froids et humides. Il ira, si ses moyens le lui permettent, l'hiver à Pau ou sur le littoral méditerranéen ; l'été à la montagne à des altitudes moyennes inférieures à 1000 mètres.

On lui prescrira avec avantage une cure thermale annuelle au Mont-Dore, à la Bourboule, à St-Honoré-les-Bains si les crises d'asthme prédominent ; aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, à Luchon ou à Challes, à Allevard si les poussées bronchitiques sont le phénomène principal.

3° *Au cours des poussées d'asthme* ou *de bronchite*, ces deux manifestations réclament un traitement spécial

© BIU Santé

que je ne puis vous détailler, et que vous connaissez bien d'ailleurs.

A la phase cardiaque de l'emphysème, c'est le cœur qui demande vos soins : la digitale et le strophantus ou l'ouabaïne deviendront les médicaments capitaux.

4° *Pour pallier l'insuffisance de la ventilation pulmonaire* on s'est adressé à des moyens mécaniques.

L'air ayant de la peine à entrer dans ces thorax dilatés à l'extrême, on a pensé qu'on l'y ferait mieux pénétrer en le comprimant, et on a conseillé de faire respirer les emphysémateux dans des *bains d'air comprimé*, sous une cloche, dans une sorte de caisson.

Mais si cette méthode est rationnelle pour faciliter l'inspiration, elle doit gêner l'expiration, et c'est en effet ce qu'on a remarqué.

On a proposé alors de remplacer le bain d'air comprimé par la *pneumothérapie*, qui, grâce à des *appareils spéciaux de Waldenburg* ou de *Dupont*, fait inspirer le malade dans de l'air comprimé et le fait expirer dans de l'air raréfié. Les résultats donnés par cette méthode, d'application difficile et coûteuse, sont restés très imparfaits. En pratique on ne l'emploie guère plus.

On se contente de favoriser la ventilation par la kinésithérapie qui par divers moyens peut améliorer le fonctionnement pulmonaire. Ces moyens sont : la *gymnastique respiratoire*, le *massage des muscles de la paroi thoracique et de la sangle abdominale*, la *mécanothérapie*, enfin la *spiroscospie avec l'appareil de Pescher*, qui me paraît un procédé très recommandable car il fait exécuter au malade des manœuvres repiratoires facilement réglées suivant son état, et dont il peut apprécier lui-même *de visu* la qualité et l'amplitude chaque jour grandissante.

II. Traitement chirurgical.

Il arrive malgré tout quelquefois de voir échouer tous ses moyens, et d'assister à l'aggravation progressive du mal. Cela s'observe principalement chez les emphysémateux à thorax rigide et dilaté de Freund et dès 1859 cet auteur avait proposé de reséquer chez eux les cartilages costaux ossifiés afin de rendre au thorax sa mobilité et d'assurer du même coup une meilleure ventilation pulmonaire. Ce n'est qu'en 1906 qu'Hildebrandt a réalisé pour la première fois l'*opération de Freund*. Elle a été ensuite pratiquée en France avec quelques succès par Tuffier, Pierre Delbet, Roux-Berger. Ce dernier lui a consacré sa thèse inaugurale.

Cette intervention consiste à réséquer les 2e, 3e et 4e cartilages costaux ; quelquefois même le cinquième, jusqu'à ce que la section du cartilage amène la mobilité thoracique encore nulle malgré les premières résections, montrant que ce cartilage, suivant l'expression de Pierre Delbet, représente « la clef du thorax ». On fait cette résection uni ou bilatérale, à l'anesthésie locale, après injection préalable de scopolamine-morphine.

Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où l'on est sûr que la rigidité thoracique est due à l'ossification des cartilages costaux, que les accidents pulmonaires sont bien de nature emphysémateuse et non asthmatique, que les accidents cardiaques sont imminents ou même déjà déclarés, car l'asystolie, loin d'être une contre-indication à l'opération, la commanderait plutôt.

Il faut savoir que c'est une opération grave, et qui, malgré quelques résultats favorables, donne souvent bien des déboires. Pierre Delbet qui l'a pratiquée l'un des premiers a montré avec son élève Douay que ses indications très restreintes en faisaient un traitement d'exception. Vous n'y aurez recours que dans des cas très exceptionnels et pour ainsi dire désespérés lorsque tous les autres traitements auront échoué.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Comment instituer une thérapeutique endocrinienne ?

S'il est un chapitre de la pathologie qui a pris depuis quelques années une extension considérable, c'est bien celui des troubles endocriniens, dont l'étude attentive a permis de découvrir l'existence dans les affections les plus diverses, dans les états morbides les plus disparates. Tantôt ces troubles sont la cause principale de la morbidité, tantôt ils sont la conséquence d'un état pathologique antérieur, les glandes endocrines ayant été touchées plus ou moins profondément par une maladie infectieuse, ou une affection chronique entraînant soit une modification des sécrétions, soit même une lésion des tissus glandulaires.

Par voie de conséquence, l'opothérapie prend une place de plus en plus importante dans la thérapeutique et depuis quelque temps nous assistons à une floraison innombrable de médications dans lesquelles le praticien doit pouvoir choisir en toute connaissance de cause.

L'influence des différentes glandes endocrines les unes sur les autres a amené à envisager dans la plupart des cas la nécessité de médications pluriglandulaires consistant dans l'association des diverses glandes qui paraissent déficitaires.

Mais précisément a-t-on affaire le plus souvent à des troubles par hypo ou hypersécrétion et la médication doit-elle consister à administrer soit des préparations à base de glandes soupçonnées déficitaires soit des préparations destinées à renforcer l'action antagoniste des glandes considérées comme hypersécrétantes ?

N'y a-t-il pas de fortes raisons d'admettre un autre mécanisme dans les troubles endocrinjens ? Depuis plusieurs années déjà, des physiologistes ont émis l'hypothèse de troubles par *dysfonctionnement* de glandes ; il faudrait donc considérer tout le système glandulaire endosécréteur comme formant un ensemble dont une seule partie malade retentirait sur le tout. Dans ce cas une modification qualitative (et non quantitative) des sécrétions d'une seule glande entraînerait une perturbation plus ou moins générale, et pour rétablir l'état normal, on devrait donner à l'ensemble des organes sécréteurs de légères excitations destinées à ramener à l'équilibre tout le système endocrinien.

Cette idée, ingénieuse et moins simpliste, plus biochimique, que les conceptions d'il y a quelques années, conduit à l'application d'une thérapeutique comprenant, à doses faibles, l'ensemble des glandes endocrines.

Deux questions se posent alors au Praticien. Comment doser ce mélange complexe, comment l'administrer ?

Et d'abord quel que soit le mélange opothérapique envisagé, sous quelle forme le faire absorber ? La forme injectable provoquant des transformations des principes actifs et éliminant, par la nature même du dissolvant, certains d'entre eux, ne nous paraît pas à retenir pour l'opothérapie, sauf dans des cas spéciaux.

Reste la forme de poudre, comprimés, cachets, etc. Mais ces poudres sont-elles toujours de la première fraîcheur ? On sait avec quelle rapidité de semblables préparations acquièrent une odeur peu agréable, décelant une transformation de certains principes. Est-il prudent de prescrire un mélange opothérapique en cachets à un client qui sera tenté, étant donnée souvent la longueur du traitement, de faire exécuter une dose copieuse de la prescription, au risque de voir le mélange subir des transformations suspectes dues soit à l'humidité, soit aux actions diastasiques de certains des principes glandulaires.

Pour notre part, chaque fois qu'une médication pluriglandulaire nous paraît indiquée, nous avons recours à une prépara-

© BIU Santé

tion spécialisée : la Panglandine, des Laboratoires Couturieux, constituée d'une synthèse opothérapique sensiblement complète où les principes actifs sont sous forme sèche et protégés par un enrobage résistant aux actions du milieu extérieur. Cet enrobage résiste aussi au suc gastrique et permet par contre l'absorption du médicament dans le milieu alcalin de l'intestin où il rencontre les meilleures conditions d'assimilation qu'on puisse désirer.

J'ai vu même, dans des insuffisances d'origine monoglandulaire (hystérectomie par exemple) la Panglandine donner des résultats plus nets et plus rapides que les préparations spéciales d'ovaires, et je crois que les applications de ce médicament, très soigneusement établi, se révéleront toujours plus nombreuses.

ANALYSES

Concerning the presence of a specific antigen in the urine of patients with active tuberculosis (Contribution à la présence d'un antigène spécifique dans l'urine des tuberculeux évolutifs). (B. M. Fried. *American Review of Tuberculosis*, mai 1924.)

40 échantillons d'urine (31 de sujets atteints de tuberculose pulmonaire évolutive et neuf de sujets atteints de tuberculose rénale) ont été concentrés au dixième de leur volume suivant la technique de Wildbolz. La réaction de fixation du complément a été faite avec chaque urine, qui servait d'antigène en présence de sérum de cheval riche en anticorps. Le sérum fixa deux unités de complément dans un cas et 1,5 dans 5 cas. Les 34 autres urines donnèrent des résultats absolument négatifs. Il semble donc que l'urine des tuberculeux évolutifs ne puisse être utilisable régulièrement pour la réaction de fixation du complément.

J. Lafont.

End résults of 600 cases of pulmonary tuberculosis treated by artificial pneumothorax (Résultats terminaux de 600 cas de tuberculose pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel). (Ray W. Matson, Ralph C. Matson et Marr Bisaillon, *American Review of tuberculosis*, juin 1924.)

Cette étude comprend 600 cas de tuberculose pulmonaire, la plupart avancés, traités au sanatorium de Portland, par le pneumothorax artificiel, de 1911 à 1923. Les auteurs ont fait 12.000 insufflations et 5.000 examens aux rayons X. Sur ces 600 malades, 149 ou 25 % sont en bon état, 84 ou 14 % à un stade d'arrêt et 274 ou 45 % sont morts. Les résultats les plus favorables ont été obtenus dans les formes fibrocaséeuses sans excavation, sans adhérences et à localisation unilatérale ; les 194 cas de ce groupe ont donné 35 % de résultats favorables, 15 % d'arrêt et 35 % de décès. Les sujets, non compris dans les pourcentages précédents, n'ont été influencés que passagèrement, soit en bien soit en mal.

J. Lafont.

Tuberculosis of the pancreas (Tuberculose du pancréas). (S. L. van Valzah. *American Review of tuberculosis*, juillet 1924.)

La découverte de tubercules dans le pancréas est rare ; elle a été faite une fois sur 200 autopsies pratiquées à l'hôpital géné-



Vous êtes BIEN HABILLÉ....

C'est le compliment qui vous accueillera sans cesse si vous vous adressez à la manufacture

"Aux Fabriques Réunies d'Elbeuf"

(Maison fondée en 1852)

USINE à ELBEUF (Seine-Inférieure) R. C. 257

Spécialité de VÊTEMENTS exclusivement sur MESURES

Dans le **Nouveau Catalogue d'Hiver**, illustré avec gravures haute mode et feuille spéciale pour mesures qui vous sera envoyé **Gratis & Franco** sur demande vous trouverez le plus beau choix de Draperies fines d'Elbeuf et de haute qualité.

:-: COMPLETS & PARDESSUS sur mesures depuis. . . 120 FR.

Prise de Mesures et essayages facultatifs à PARIS, 26, Faubourg-du-Temple.

© BIU Santé

AFFECTIONS CARDIAQUES ET RÉNALES

SCILLARÈNE "SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

SANS DANGER D'ACCUMULATION :: PAS D'ACTION NUISIBLE SUR LE REIN ET L'ESTOMAC

Indications spéciales : Remplace la digitale quand elle n'agit pas ou n'agit plus. — Maintient la compensation — Permet un traitement cardio-tonique ou diurétique *aussi prolongé qu'il est nécessaire.*

AMPOULES —o— SOLUTION —o— COMPRIMÉS

OPOTHÉRAPIE ET DÉSINFECTION BILIAIRES

FÉLAMINE "SANDOZ"

Sel des Acides biliaires purs et de l'Héxaméthylène-Tétramine

Le **SEUL** agent actif, tout à la fois, de l'**OPOTHÉRAPIE** et de la **DÉSINFECTION biliaires**

DRAGÉES DOSÉES A 0,30 GRAMMES

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS

GYNERGÈNE "SANDOZ"

Tartrate de l'ergotamine cristallisée

(C^{33} H^{35} N^5 O^5)

PRINCIPAL ALCALOÏDE isolé de L'ERGOT de SEIGLE et principe actif SPÉCIFIQUE

PRODUIT PUR — ACTION RAPIDE et CONSTANTE

AMPOULES —o— SOLUTION —o— COMPRIMÉS

Échantillons et Littérature : **PRODUITS SANDOZ,** 3 et 5, rue de Metz, PARIS

Dépôt général et vente : ***Usine des Pharmaciens de France,*** *125, rue de Turenne, PARIS*

R. C. Seine 212.835 B

© BIU Santé

ral Fitzsimons, à Denver. La sclérose toxique de la glande est plus fréquente. L'infection a vraisemblablement trois voies d'accès : le sang, les canaux et les lymphatiques. Le pancréas semble avoir une résistance particulière à la tuberculose, due soit au suc pancréatique soit à une substance spéciale élaborée par les cellules. La maladie détermine des symptômes caractéristiques, mais qui apparaissent trop tardivement pour offrir un intérêt quelconque, sauf en ce qui concerne le diagnostic. Il n'y a aucun traitement. La résistance relative du pancréas à l'infection tuberculeuse est en résumé le seul point important.

J. LAFONT.

De l'albumino-réaction au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (J. BIGWOOD, *Revue belge de la tuberculose*, mai 1924.)

Une statistique de sept observations établit l'infidélité de la réaction dans la tuberculose au début ; elle est négative dans 21 % des cas de lésions ouvertes au premier degré ; elle est d'autre part souvent positive dans la bronchite chronique pure. L'albumino-réaction peut être considérée à la rigueur comme un signe de présomption en faveur d'une lésion spécifique, mais elle donne lieu à trop d'erreurs pour devenir un élément de diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

J. LAFONT.

Analyses expérimentales de la respiration profonde (A. GOVAERTS. *Revue belge de la tuberculose*, juillet 1924.)

L'apport d'oxygène, qui favorise la libération de l'acide carbonique, dépend de l'expansion maxima de la surface pulmonaire utilisable, de la composition gazeuse de l'air respiré et de la puissance de fixation du sang en oxygène. La capacité d'extraction de l'acide carbonique des tissus relève de la réserve alcaline contenue dans le sang. Au repos, la respiration profonde augmente l'élimination de l'acide carbonique parce que l'air expiré contient une plus grande quantité d'air alvéolaire ; après un exercice physique, elle a pour effet d'abaisser la tension de l'acide carbonique dans l'alvéole et le sang. L'analyse expérimentale de la respiration profonde démontre la nécessité de l'entraînement respiratoire progressif et de l'utilisation rationnelle des exercices physiques de la gymnastique.

J. LAFONT.

L'indice opsonico nella cura della tuberculosi chirurgica. (L'index opsonique dans le traitement de la tuberculose chirurgicale). (AGOSTINO SPALLUTO, *Annali di medecina navale e coloniale*, mars-avril 1924.)

L'index opsonique répond bien au pronostic dans les différentes méthodes de traitement de la tuberculose chirurgicale. Les modifications de technique sont utiles dans la pratique actuelle de la réaction, sans que la sensibilité ni les résultats paraissent modifiés. Durant la cure, la présence d'un index opsonique positif correspond à une amélioration générale et locale, et vice-versa. La vaccinothérapie permet d'observer les différentes oscillations de la réaction de Wright ; la radiothérapie détermine des phases de dépression minimes ; l'association de la vaccinothérapie et de la radiothérapie diminue, de façon profonde et durable, la période négative.

(*Voir la suite page* 818)

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établ^ts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
ST-PHILIPPE-DU-ROULE

TÉLÉPHONE : ELYSÉE 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Les formes cliniques de la méningite syphilitique chronique

Par E. SCHULMANN et E. TERRIS

L'évolution chronique des réactions méningées au cours de la syphilis domine l'histoire clinique de la syphilis cérébrale. Il n'est guère de moment évolutif de cette affection où l'on ne puisse mettre en évidence soit cliniquement, soit par la ponction lombaire une réaction de méningite chronique.

La genèse et le pronostic des méningites chroniques syphilitique soulèvent une série de problèmes encore très discutés. Quelle importance attribuer à des lésions tantôt discrètes à l'excès ou tantôt éclatantes, tantôt sensibles au moindre traitement, tantôt rebelles aux plus rudes efforts thérapeutiques ? Peut on savoir à coup sûr ce qui se cache derrière un complexus sérologique et symptomatique souvent variable ? Parfois le médecin se trouve en présence d'une déchéance de toute une région du névraxe, frappée définitivement, sans qu'aucun secours ne puisse être utilement apporté. Rien par ailleurs dans les antécédents ne fait prévoir cette efflorescence neurotropique, souvent même, comme l'a écrit Fournier, une syphilis qui commence bien est exposée à mal finir.

On a voulu ici faire une distinction entre la syphilis artérielle primitive ou vascularite qui dirige l'évolution de la vérole depuis le chancre jusqu'à la gomme et la syphilis parenchymateuse qui est à la base de la syphilis dite quaternaire ou para-syphilis, appellation d'ailleurs surannée.

Là est tout le problème des rapports existant entre les épisodes méningés et les lésions définitives du tabès ou de la paralysie générale sur lesquels nous reviendrons dans un instant. Pour Sicard, le spirochète peut se fixer directement au sein même du parenchyme où, se trouvant dans des conditions fort médiocres de vitalité, il ne se développe que très lentement. Il n'acquiert une véritable activité que lors de sa propagation secondaire au tissu pie-mérien, dont l'extrême richesse vasculaire lui donne des éléments nécessaire à son épanouissement. C'est à la réaction du système pie-mérien qu'est due la naissance de la méningite chronique, décélable alors à la suite d'une rachicentèse. Nous ignorons tout, ajoute Sicard, du temps de vie latente du spirochète intra-parenchymateuse, cérébrale ou médullaire, sommeil microbien qui peut être fort long chez certains individus.

Ainsi donc les méningites syphilitiques chroniques peuvent apparaître dans des conditions très diverses, elles peuvent traduire des lésions définitives et profondes des méninges ou bien n'être qu'une réaction transitoire et éminemment curable. Malgré leur pathogénie, bien discordante d'apparence, elles établissent un pont entre les réactions méningées latentes, frustes et aiguës du début de la syphilis que nous avons étudiées et les affections plus mutilantes pour le névraxe, jadis appelées parasyphilitiques, et au premier rang parmi elles le tabès et la paralysie générale.

I. — Les méningites chroniques cérébrales

Ici comme pour les épisodes aigus, il peut exister des formes latentes et frustes, cependant souvent le tableau observé est riche en faits cliniques. Quelquefois au début les signes peuvent être épars et il faut du soin et de l'application pour les mettre en évidence, parmi ceux-ci les uns sont les témoins de l'irritation méningée, les autres accusent des présomptions de localisations et leur multiplicité témoigne de la grande diffusion du processus.

Le début du syndrome est à la vérité très variable, quelquefois il remonte à de nombreuses années. Il est des malades atteints de la vérole depuis longtemps qui viennent solliciter des soins tardifs il en est d'autres qui sont plus particulièrement hantés par la crainte d'un accident nerveux possible. Il est rare dans ces deux cas de rencontrer des signes subjectifs. Plus souvent c'est au cours d'un examen fortuit ou surtout à l'occasion d'un épisode méningé évident qu'on est amené à poser le diagnostic de syphilis cérébro-méningée. De toute façon il ne faudra jamais ici se contenter du simple diagnostic de méningite chronique, qui, à lui seul, ne signifie rien pour ainsi dire, et avant toute chose il faudra orienter son investigation vers les signes avant-coureurs du tabès ou de la paralysie générale.

Durant cette phase prémonitoire de la méningite chronique, qui peut être fort prolongée, l'attention du médecin est attirée soit par un accident spécifique banal, tel, par exemple, une gomme ulcérée de la jambe, soit directement par des signes d'irritation méningée, soit par les résultats d'une rachicentèse pratiquée à titre purement interrogatif. Quoi qu'il en soit, il existe à la base de l'étude des méningites chroniques une discordance clinique et sérologique qui peut entraîner d'interminables discussions et sur laquelle le professeur Jeanselme et P. Chevallier ont longuement insisté dans leur important mémoire sur les méningopathies syphilitiques secondaires.

Quelques symptômes tout d'abord attirent plus particulièrement l'attention : *la céphalée*, qui offre les mêmes caractères qu'au cours des méningites aiguës, nocturne, persistante avec parfois d'atroces paroxysmes, calmée par la médication spécifique habituelle et quelquefois particulièrement par l'iodure de potassium. La céphalée peut être isolée, mono-symptomatique, plus volontiers elle est entourée d'un cortège clinique.

L'asthénie, souvent plus psychique que musculaire (Jeanselme et Chevallier), d'allure parfois impressionnante.

Plus irrégulièrement, on note encore de la *courbature*, de la *rachialgie* à caractère surtout nocturne, des *états d'engourdissement*, des *poussées hyperthermiques*, la *chute des cheveux*. La valeur intrinsèque de ces symptômes isolés est médiocre, mais leur groupement et leur association à d'autres signes objectifs peuvent revêtir une grosse importance clinique.

Surtout semble ici important un *bon examen oculaire* qui peut donner des renseignements précieux mais variables. Il peut n'y avoir que des lésions pupillaires discrètes : inégalité plus ou moins importante des deux diamètres, irrégularité des pourtours (anisocorie), myosis, puis immobilité, d'allure plus impressionnante sans hippus, ni fibrillation. Le myosis, pour avoir une valeur, doit être permanent, exister en dehors de toute autre cause locale ou générale, il faut souvent encore l'éprouver par l'usage des médicaments mydriatiques. On admet généralement que le *signe d'Argyll-Robertson*, c'est-à-dire l'abolition du réflexe lumineux et la conservation du réflexe accommodateur est une preuve non discutable d'une réaction méningo-encéphalitique de la base. Dupuy-Dutemps cependant ne partage pas cette opinion absolue. Le signe d'Argyll et l'atrophie irienne qui souvent lui succède ne seraient pas toujours consécutifs à une lésion nerveuse centrale ou tronculaire et son existence n'expliquerait pas une atteinte certaine du névraxe ou des méninges. Il s'agirait d'une lésion périphérique du neurone ciliaire dans ses parties extra ou intra-iriennes. Les analogies embryologiques et anatomiques ainsi que les affinités pathologiques très voisines expliquent la très fréquente coïncidence de la localisation syphilitique sur les deux systèmes. Le tabès et la paralysie générale, ajoute Dupuy-Dutemps, peuvent évoluer sans troubles pupillaires, par contre dans des cas heureusement très nombreux, des malades présentant le signe d'Argyll-Robertson, avec ou sans atrophie spéciale de l'iris, arrivent à un âge avancé sans aucun symptôme d'affection du système nerveux central.

Le signe d'Argyll peut d'ailleurs n'être qu'unilatéral, quelquefois même seul le réflexe consensuel est aboli, c'est-à-dire que si l'on vient à éclairer l'œil sain la pupille du côté malade ne se contracte pas, la réaction peut encore n'être que partielle, n'intéressant qu'une partie de l'iris, ébauchée, la contraction étant lente et paresseuse, ou en-

© BIU Santé

core après contraction nette, la pupille se redilate complètement.

Les accidents auriculaires si fréquents au cours de la période secondaire et quelquefois révélateurs d'une méningite syphilitique latente ainsi que l'a bien montré Ramadier, sont rares au cours du tertiarisme. On sait que Fournier a jadis insisté sur le tabès à début auriculaire. La méningite tardive peut être précédée par des lésions subaiguës de l'appareil auditif : formule banale cochléaire ou vestibulaire avec laquelle peuvent se joindre quelques caractères particuliers : réduction excessive de la conduction osseuse, symptômes d'Hennebert, dissociation labyrinthique (Ramadier).

Ainsi donc, à un moment souvent lointain du chancre, il est possible, au cours d'un épisode méningé chronique débutant, de mettre en valeur quelques signes qui orienteront le diagnostic et décideront de la thérapeutique à suivre. Rarement d'ailleurs la maladie se stabilise à ce moment, elle tend à évoluer, et dans la suite apparaîtront d'autres stigmates plus éclatants, indices de lésions localisées, passagères ou définitives, qui prennent une importance non pour affirmer la cause mais la réalité de la pie-mérite.

Les symptômes observés peuvent être très divers traduisant tantôt l'irritation méningée, tantôt une atteinte encéphalique sous-jacente, tantôt même un certain degré d'hypertension liquidienne.

Les formes cliniques peuvent ainsi être extrêmement différentes.

Méningites de la base. Leur début est très variable, tantôt ce sont à vrai dire des signes de syphilis cérébrale plus que méningée qui ouvrent la scène : ictus congestif, attaque d'épilepsie, troubles mentaux, toutes les formes de la syphilis cérébrale comme l'écrit Milian, pouvant aboutir à la méningite de la base, c'est-à-dire à la paralysie des nerfs crâniens qui en est le symptôme prédominant.

La vérole attaque les douze paires crâniennes avec une fréquence bien inégale. Fournier a jadis insisté sur ce point, ainsi que nous l'avons déjà dit en étudiant les méningites aiguës. Redisons l'atteinte fréquente de la *VIe paire* avec strabisme externe, de la *IIIe paire* avec strabisme interne, ptosis ; dans quelques cas, diplopie et mydriase unilatérale. La *VIIe paire* est de même souvent touchée et la syphilis intervient pour une part importante, quoique souvent ignorée, dans le déterminisme des paralysies faciales dites essentielles et dues en réalité à une poussée méningitique locale.

L'atteinte de la *XIIe paire*, qui provoque une hémiparésie linguale, est déjà beaucoup plus rare ; plus exceptionnellement encore sont touchées les paires sensorielles II et VIII. Il faut toutefois insister encore avec Ramadier sur les bourdonnements d'oreille, les troubles vestibulaires et enfin la surdité qui accompagnent certaines formes de méningites. La recherche systématique des lésions labyrinthiques au cours de la syphilis montre que leur fréquence est beaucoup plus grande qu'on ne le soupçonne. Ce sont des lésions de même nature qui déterminent, soit une amaurose passagère par névrite optique, soit de la rétinite avec sa corollaire la kératite ; l'illustration de ces associations est souvent évidente dans les accidents hérédo-spécifiques et l'identité embryologique des deux tissus rétiniens et méningo-encéphaliques explique l'identité d'affinité microbienne.

Fernand Lévy a insisté sur la méningite syphilitique à forme *gassérienne*.

Les principaux caractères de ces paralysies sont d'être passagères, transitoires et souvent bénignes, lorsqu'on intervient à temps.

Méningites de la convexité. C'est par la *céphalée* dont nous avons longuement précisé les caractères que débute la méningite scléreuse de la convexité, la douleur est parfois assez nettement cantonnée à un point du crâne comme la lésion qui lui donne naissance. Nous n'insisterons point à nouveau sur les crises d'*épilepsie Bravais-Jacksonienne*, précédées ou non d'aura, dont les deux formes monoplégique ou circonscrite et hémiplégique ou latéralisée représentent l'aspect habituel.

De même nous rappellerons les *paralysies corticales*, qui sont habituellement incomplètes, se développant lentement, à moins qu'elles ne fassent suite à un petit *ictus* ou à un accès jacksonien. Il n'y a d'ailleurs bien souvent que simple parésie et non paralysie et l'exagération des réflexes tendineux du membre atteint, accompagnée parfois d'un certain degré de contracture sont l'indice de l'irritation de l'écorce et non de la sclérose du faisceau pyramidal (Milian). Lorsque la face est prise, seul de même le nerf facial inférieur est touché comme le fait est habituel dans les lésions cérébrales.

Il n'est pas rare dans ces formes de déceler quelques troubles légers de la parole.

L'*hypertension du liquide céphalo-rachidien* peut être au premier plan, commander le tableau clinique : c'est ce que Nonne a décrit sous le nom de forme à le type de *pseudo-tumeur cérébrale*.

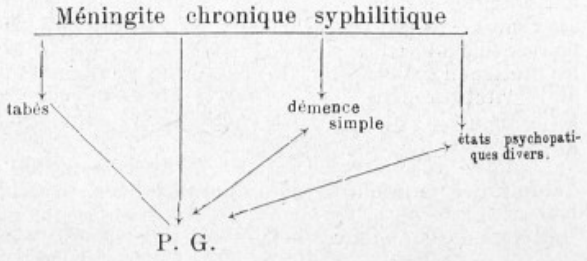
Enfin certains cas diffus avec ou sans localisations précises se traduisent par des troubles psychiques allant de la simple asthénie, avec torpeur ou dépression mélancolique jusqu'au délire et à l'excitation démentielle. Ce sont les *formes psychiques* de la méningite syphilitique avec déficit plus ou moins considérable de l'intelligence qui pour certains auteurs forment le nœud de passage entre la méningite chronique précoce et le syndrome de paralysie générale tardif.

L'évolution de ces méningites chroniques est essentiellement variable suivant l'ancienneté des réactions méningées, l'état d'intégrité du parenchyme cérébral sous-jacent. Au début, en effet, avant toute organisation pachyméningitique les divers traitements anti-syphilitiques ont une action de régression, ou du moins d'arrêt, les paralysies sensorielles ou motrices s'atténuent, peuvent même disparaître complètement. Le temps favorise le développement méningo-cérébral des lésions et la thérapeutique perd aussi progressivement toute son efficacité.

Méningite syphilitique, tabes et paralysie générale

Le principal intérêt à vrai dire de l'évolution de ces états méningés est dans le lien qui les unit aux accidents cérébro-méningés singulièrement plus sérieux de pronostic, qui éclatent plus tardivement : le tabès et surtout la paralysie générale.

A la suite des travaux de Nageotte, de Babinski, de Clovis Vincent, de Tinel, le tabès est apparu comme une dégérescence systématique des cordons postérieurs, liée à une lésion des racines postérieures en rapport avec une méningite chronique syphilitique. « La méningite avec sa compagne obligée la vascularite syphilitique, est donc l'intermédiaire entre le tabès et ses complications : paralysie générale, ramollissement cérébral par artérite. Elle le rattache encore aux autres manifestations nerveuses syphilitiques : P. G., hémiplégie, syndrome d'hypertension intra-crânienne. Elle permet d'interpréter les hybrides. » (Clovis Vincent.) Aussi la notion de méningite chronique syphilitique permet d'avoir une vue d'ensemble des maladies nerveuses syphilitiques. On a pu à cette époque dresser le schéma évolutif suivant :



© BIU Santé

A l'appui de ce schéma qui aujourd'hui paraît bien vieilli, les auteurs donnaient des arguments d'ordre clinique, anatomo-pathologique et expérimental.

Y a-t-il transformation insensible de la méningite secondaire en méningite chronique ? Ou bien, dans certains cas, la méningite débute-t-elle d'emblée plusieurs années après l'accident initial, sans qu'il y ait eu jamais de méningite secondaire ; ou bien encore, la méningite chronique apparaît-elle chez des individus qui ont eu une méningite secondaire terminée par la guérison ? Telles sont les problèmes que soulevait Clovis Vincent il y a 12 ans. Le fait d'avoir suivi pendant de nombreuses années des syphilitiques ayant présenté ou non de la lymphocytose à la période secondaire n'a pas apporté à la question un règlement absolu et définitif.

Des idées nouvelles ont été jetées dans la discussion récemment. La spécificité des germes et la question du neurotropisme, dont Levaditi et Marie se sont faits les défenseurs et sur laquelle nous avons déjà longuement insisté. La notion de syphilis artérielle primitive qui pour Sicard est à la clef du problème de la syphilis nerveuse. Pour cet auteur il y a opposition entre :

1° la syphilis nerveuse artérielle primitive avec méningite concomitante et lésions parenchymateuses secondaires (type classique de la neuro-syphilis) ;

2° la syphilis nerveuse parenchymateuse avec méningo-vascularite secondaire et méningite chronique (types jadis nommés para-syphilitiques).

Dans la syphilis parenchymateuse primitive, écrit Sicard, le spirochète se fixe directement au sein même du parenchyme nerveux. Il ne trouvera plus dans ce cas des conditions de nutrition propres à sa vitalité. Il ne se développera que lentement et ne pourra acquérir une véritable extension que lors de sa propagation secondaire au tissu pie-mérien, dont l'extrême richesse vasculaire donnera des éléments nouveaux à son activité. Le système pie-mérien réagira et ainsi sera constituée la méningite chronique de la para-syphilis si facilement décelable à la ponction lombaire. Nous ignorons tout du temps de vie latent du spirochète intra-parenchymateuse cérébrale ou médullaire, sommeil microbien qui, chez certains sujets, est susceptible d'un délai prolongé.

II — Les méningites chroniques spinales

Elles sont beaucoup moins fréquemment rencontrées, mais leur diagnostic est d'importance capitale. Le début peut être brusque ou bien progressif par une rachialgie variable d'intensité, pouvant devenir paroxystique. Les irradiations suivent le trajet radiculaire (Charcot) tantôt unilatérales, tantôt bilatérales et symétriques. Les douleurs sont surtout nocturnes, non calmées par les antinervins habituels mais cédant sous l'action du traitement. Elles siègent le long du rachis, surtout à la région cervicale, irradient aux épaules, aux deux bras, le long des côtes, suivant le trajet du sciatique. Souvent le diagnostic porté est rhumatisme ou lumbago de la colonne vertébrale. Celle-ci devient rigide et les mouvements qui lui sont imprimés arrachent des cris au malade. Les signes généraux, et en particulier la fièvre, sont habituellement absents.

L'aspect clinique varie beaucoup suivant le siège de l'irritation méningée et surtout suivant les lésions parenchymateuses associées. Exceptionnellement, en effet, la méningite chronique spinale syphilitique demeure pure, traduite par une réaction anormale du liquide céphalo-rachidien et des signes de *radiculite* sur lesquels Déjerine et ses élèves ont insisté. Presque toujours apparaît une *méningo-myélite* dont nous ne ferons qu'énumérer les formes cliniques qui peuvent être très diverses.

Les types cliniques classiques sont :

a) La *méningo myélite transverse avec paraplégie flasque*.

b) La *méningo-myélite avec paraplégie spasmodique* du type Erb.

Il existe d'autres formes plus rares :

1) *Selon la localisation* de la lésion médullaire *en hauteur ou en largeur* (*syndrome de Brown-Séquard*).

2) *Selon la généralisation* du processus : *pseudo tabès syphilitique*, *sclérose en plaque*, *sclérose latérale syphilitique*.

3) *Selon la prédominance d'un symptôme* : *forme amyotrophique* de Gilbert et Lion qui simule l'atrophie musculaire progressive du type Aran Duchenne, dont l'étude a été reprise récemment par Léri.

La lésion du ganglion rachidien postérieur peut être associée à l'irritation méningée. Marcel Bloch et E. Schulmann ont insisté sur les *éruptions zostériformes* dues à l'action du tréponème survenant épisodiquement au cours des méningites syphilitiques, soit parfois signe d'alarme d'une méningite précoce latente, soit plus souvent symptôme annonciateur d'un tabès débutant et insoupçonné ou au cours d'états spécifiques chroniques diagnostiqués, traduction d'une recrudescence des phénomènes morbides et de l'extension des lésions médullaires.

III. — Les méningites chroniques mixtes cérébro-spinales

Fréquemment le processus dépasse les frontières médullaires, se localise sur le parenchyme cérébral et ici encore nous ne ferons qu'énumérer un certain nombre de types cliniques :

a) La *pachyméningite cervicale hypertrophique* de Charcot et Joffroy qui se révèle par trois ordres de symptômes : des signes de compression des racines postérieures avec rachialgie cervico-brachiale, des signes de compression des racines antérieures avec atrophie musculaire en particulier dans le domaine du médian et du cubital, des signes enfin de compression médullaire, avec paraplégie spasmodique.

b) La *méningo-myélite envahissante de Gilbert et Lion* qui s'observe au début de la vérole et ressemble à la maladie de Landry, annoncée par des fourmillements, envahissant les muscles des membres inférieurs puis des membres supérieurs pour gagner le bulbe. Il existe il est vrai des formes curables.

c) *Syndrome de Guillain-Thaon* : rappelant tour à tour le tabès, la paralysie générale et la myélite toujours accompagné d'une réaction méningée.

d) La *pachyméningite hémorragique* plus récemment étudiée avec des épisodes cérébraux : céphalée, asthénie, torpeur, diminution de la mémoire et de l'intelligence, quelquefois troubles de la parole simulant la P. G., interrompus par des ictus et parfois par le coma. Seule la ponction lombaire peut aider au diagnostic, que la stase papillaire décélée à l'ophtalmoscope peut orienter vers une tumeur cérébrale. Les signes médullaires sont plus rares : phase prémonitoire de radiculalgie avec exagération des réflexes tendineux, puis apparition de la phase de compression médullaire. Le pronostic est toujours très fâcheux car la thérapeutique antispécifique n'a que peu d'action sur ces formes.

e) Les *méningites chroniques fébriles* sont exceptionnelles, elles ont fait l'objet d'un travail récent de Terris et Schuffer, les poussées fébriles peuvent être continues ou intermittentes (forme palustre), ce dernier type est le plus fréquent, il cède remarquablement au traitement.

IV. — Les méningites chroniques de l'hérédo-syphilis

Les localisations méningées sont exceptionnelles à la période congénitale, mais on les rencontre parfois au cours de la syphilis héréditaire précoce ou tardive. Nous avons longuement insisté en étudiant les formes aiguës, nous serons plus brefs pour les formes chroniques. Le début est parfois très précoce et passe inaperçu dans la vie intra-utérine, il est habituellement plus tardif et susceptible d'être diagnostiqué. Lesné a insisté sur la fréquence croissante des méningites syphilitiques, sur les méningites tuberculeuses depuis qu'on recherche avec plus de persévérance l'origine spécifique des accidents.

✦

© BIU Santé

L'évolution peut être très variable : tantôt les accidents s'amendent et la guérison survient sans aucune séquelle, tantôt des poussées aiguës compliquent l'irritation latente, tantôt il persiste des séquelles : paralysies oculaires, surdité, convulsions, etc.

Dans des cas plus exceptionnels la méningite chronique n'est qu'une part d'un complexus morbide bien plus riche : hémiplégie infantile, maladie de Little, amyotrophies diverses, tabès.

On a signalé enfin chez des sujets dont l'hérédité est très lourde de véritables sommations d'accidents d'hérédo-syphilis. Les fonctions cérébrales peuvent ainsi être réduites à un degré extrême : enfants arriérés, instables, incontinents, crises comitiales (Lereboullet et Mouzon) idiotie méningitique, hydrocéphalie avec association méningée subaiguë ou chronique (Babinski). Il est même jusqu'à l'idiotie mongolique qui, pour quelques auteurs, relèverait d'un processus spécifique chronique.

Les réactions méningées au cours du traitement spécifique

On observe fréquemment au cours du traitement spécifique et surtout depuis la thérapeutique intra-veineuse et l'usage des arsénobenzènes des accidents qui peuvent revêtir le type méningé sur lesquels nous insisterons.

1. Rechute méningée au cours d'un traitement insuffisant : méningo-récidive.

Il s'agit d'un sujet atteint de méningite banale dont les accidents rétrocèdent soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement, on croit sinon à la guérison, tout au moins être à l'abri d'accidents immédiats. Au bout de quelques jours parfois, habituellement de 2 à 3 semaines, de nouveaux symptômes méningés éclatent, soit identiques d'aspect à ceux précédemment observés, soit avec de nouveaux foyers de localisation. Il s'agit dans ces cas indiscutablement d'une insuffisance thérapeutique et nous insisterons plus loin sur l'importance des cures intensives dans la lutte entreprise et la nécessité d'un contrôle liquidien cytologique, sérologique et chimique fréquent.

Il faut rapprocher de ces insuffisances thérapeutiques ce que les auteurs allemands ont décrit sous le nom de *neuro-récidives*, de *méningo-récidives*. Ramadier signale dans sa thèse d'excellents exemples de ces faits, accompagnés souvent d'accidents auriculaires chez des malades dont la cure arsenicale fut suspendue trop hâtivement malgré l'avis et parfois avec la complicité du médecin, tout symptôme clinique sensible ou objectif ayant disparu. Ramadier propose d'ailleurs très justement de remplacer le terme de neuro-récidive par celui de neuro-signal, car ces accidents constituent en réalité le signe avant-coureur, premier signe d'alarme, d'une syphilis qui reprend l'offensive.

2. Réaction de Herxheimer et méningo-tropisme.

Tantôt au début d'un traitement antisyphilitique et principalement par les arsénobenbènes, tantôt vers le milieu ou vers la fin d'une première série d'injections, on peut voir apparaître un tableau clinique alarmant où les signes méningés figurent au premier plan. La réaction méningée peut être isolée, caractérisée par une céphalée, parfois d'une acuité extrême, par de la rachialgie, des bourdonnements d'oreilles, de la raideur de la nuque, quelquefois même par des fourmillements, des phénomènes parétiques ou même paralytiques. D'autres symptômes peuvent également s'observer : une nouvelle poussée de roséole, l'exagération des lésions cutanées ou muqueuses déjà existantes. Il s'agit là de la réaction de Herxheimer dont G. Milian a donné une étude magistrale.

Les accidents peuvent être encore plus graves et pour Pinkus les cas de mort précoce par le Salvarsan seraient explicables par l'apoplexie séreuse de la réaction de Herxheimer.

Il est parfois difficile de distinguer cette réaction des signes d'intolérance médicamenteuse. Outre la date d'apparition de ce syndrome au cours d'une cure, le diagnostic s'appuiera surtout sur l'étude du liquide céphalo-rachidien. Celui-ci accuse dans le premier cas une recrudescence de l'irritation méningée ; hypertension du liquide, augmentation parfois très importante de la lymphocytose, modification insignifiante de l'hyperalbumine dont on ne tient pas compte.

La pathogénie de la réaction de Herxheimer est encore des plus discutée : libération d'une syphilis-endotoxine hyperémiante (Thalmann), excitation du tréponème par une dose insuffisante (Ehrlich, Lœb), trouble individuel du tonus vasculaire (Fraenkel et Grouven), analogie des médicaments antisyphilitiques et de la tuberculine (Julius Baum, Kalb).

La réaction de Herxheimer semble, quoi qu'il en soit de sa pathogénie, caractériser surtout les formes rebelles et récidivantes de la syphilis et pour Milian on peut saisir tous les intermédiaires entre la réaction et la récidive.

Il faut rapprocher de ces faits les cas de *méningo-tropisme* décrits par Sicard, Audry, Ravaut. Il s'agit d'accidents méningés plus ou moins marqués survenant après la 1re ou la 2e injection chez des malades jusque-là indemnes d'apparence de tout stigmate nerveux. On a pu décrire trois formes de méningo-tropisme.

a) *Méningo-tropisme dit histologique* décelable seulement par la rachicentèse et l'analyse du liquide.

b) *Méningo-tropisme d'alarme ou petit méningo-tropisme* caractérisé par de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles qui peuvent persister plusieurs jours.

c) *Méningo tropisme grave*, avec recrudescence de tous les signes précédents, paralysies multiples des paires crâniennes.

Les deux premières formes sont toujours curables, seule la troisième a pu donner lieu à des accidents mortels.

3. Les réactions méningées par intolérance médicamenteuse.

L'étude suivie de certains malades traités par différents médicaments, surtout par l'arsenic et le mercure, le bismuth n'ayant pas encore fourni un champ d'expérience suffisante, montre que dans des cas exceptionnels on voit apparaître des accidents de la série méningée (céphalée, troubles oculaires, vertiges, raideur vertébrale, etc.) qui ne peuvent en aucun être rapportés à l'action du tréponème et disparaissaient par la simple suspension du traitement. Il s'agit la plupart du temps de malades n'ayant jamais manifesté le moindre signe d'intolérance viscérale (ni vomissement, ni diarrhée, ni érythème, ni ictère).

Il semble que l'arsenic soit ici beaucoup plus souvent en cause que le mercure et pour Gougerot ce corps fragilise le tissu nerveux et permet aux tréponèmes restés dans les méninges de se localiser sur le tissu nerveux. On sait en effet que les tréponèmes disséminés dans les méninges n'ont pas tous été détruits et que le repaire méningé et surtout les gaines péri-nerveuses et péri-radiculaires sont très rebelles à l'action tréponémicide. La neuro récidive, pour Desneux et Dujardin, commence dans ces cas par une méningo-récidive, et Gougerot ajoute que la récidive au lieu d'être banale, superficielle, du type secondaire prend une tendance spéciale, destructive ou tertiaire. C'est ce que Deneux et Dujardin appellent le tertiarisme anticipé.

Il importe, quel que soit le mécanisme intime des accidents méningés d'intolérance, de les bien connaître et de ne les point oublier. Milian a bien insisté sur les caractères différentiels de la réaction d'intolérance avec la réaction d'Herxheimer : augmentation avec la répétition des doses, les réactions générales s'exagèrent malgré l'amélioration ou la disparition des accidents cutanés ou viscéraux, le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann diminue ou disparaît, l'adrénaline apporte souvent une amélioration rapide, les phénomènes observés diffèrent des symptômes usuels de la syphilis.

© BIU Santé

L'histoire des méningites syphilitiques conserve encore bien des obscurités : problème du neuro-tropisme, absence des germes dans le liquide là où les lésions atteignent leur acmé, inégalité déconcertante des résultats thérapeutiques par exemple. L'idée séduisante de Sézary et de Sicard, qui subordonne, dans certains cas, la méningite aux lésions du névraxe a pu permettre l'hypothèse de l'existence de deux variétés très distinctes de syphilis nerveuse : l'un avec et l'autre sans méningite. Nous pensons avec Babonneix qu'il est bien difficile de concevoir une syphilis nerveuse sans méningite et « qu'à toute description de celle-là l'étude de celle-ci doit servir de préface ».

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. P. LEREBOULLET

La grippe et son traitement chez l'enfant [1]

En 1918-19, la grippe a ravagé l'humanité, elle a sévi notamment chez les enfants avec une virulence assez grande ; peut-être, chez eux, a-t elle été moins grave que chez l'adulte, néanmoins elle a joué, à ce moment, un rôle très important dans la morbidité et la mortalité de l'enfance. La grippe a été alors grave, non seulement par elle-même, mais par ses infections secondaires, et à sa suite un grand nombre d'affections thoraciques, d'affections respiratoires diverses, ont évolué, se sont répandues par contagion, réveillées par elle dans leur virulence.

Depuis 1918-1919, la grippe, a réapparu en 1920 d'une manière moins généralisée. Elle a disparu presque complètement dans les années 1921-1922, s'est réveillée au printemps de 1923 et, cette année, dans l'hiver 1923-1924, nous l'avons vue assez souvent évoluer. Heureusement, elle n'a pas eu la même gravité qu'en 1918-1919. Elle n'a pas passé par les diverses phases d'aggravation que nous avions notées l'épidémie est restée beaucoup plus limitée. Elle a amené néanmoins son cortège habituel de complications respiratoires et elle a été accompagnée d'une série d'infections qui, actuellement, persistent encore, notamment la rhinopharyngite aiguë saisonnière, le catarrhe aigu naso-pharyngien. Cette rhinopharyngite aiguë a été particulièrement, intense tout cet hiver, si bien qu'actuellement nous voyons un grand nombre d'enfants atteints de fièvre avec catarrhe rhinopharyngien et présentant toute une série de manifestations qu'un grand nombre de médecins ont tendance à qualifier de grippales parce qu'ils les ont vues associées à la grippe épidémique,

Elles constituent ce qu'on appelait autrefois la grippe saisonnière, souvent consécutive à la grippe épidémique mais qui diffère de celle-ci parce qu'elle n'immunise pas et revient volontiers chaque année chez le même sujet.

La distinction est d'ailleurs parfois un peu arbitraire entre les deux états. Elle l'est d'autant plus que le traitement de la grippe chez l'enfant est à peu près le même, qu'il s'agisse de grippe aiguë épidémique, de catarrhe nasopharyngien, de rhinite saisonnière compliquant la grippe ou évoluant pour elle-même ; dans tous ces cas, le traitement s'inspire des mêmes données et relève des mêmes lois générales. Par conséquent, l'occasion est bonne de vous parler du traitement de la grippe chez l'enfant, bien que, je le répète, à mon sens, il n'existe plus actuellement de grippe épidémique dans Paris, mais seulement des faits de rhinopharyngite saisonnière.

La grippe épidémique nous est apparue comme une maladie très spéciale, lorsque nous l'avons étudiée en 1918-19 ; nous avons tous été frappés, chez l'enfant surtout, des analogies entre la grippe et la rougeole. La grippe est une maladie dans laquelle le virus, comme pour la rougeole, mal précisé, est peut-être un virus filtrant ; en tant que maladie propre, elle dure peu de temps, mais elle crée une anergie, une diminution de la résistance aux autres infections, comparable à l'anergie morbilleuse ; à la faveur de cette anergie grippale, se développent dans l'organisme de l'enfant, comme dans celui de l'adulte, une série d'infections, qui sont des infections digestives dans certains cas, des infections respiratoires, des infections générales dans d'autres, bref des manifestations multiples liées à différentes causes ; ici au coccobacille de Pfeiffer, qui paraît bien un agent d'infection secondaire et qui peut provoquer des modifications diverses : là, au pneumocoque, ailleurs encore, au pneumo-bacille de Friedlander, et c'est sans doute à la réviviscence de la grippe épidémique que nous devons l'éclosion d'une série de maladies à pneumocoques et à pneumobacilles que nous avons récemment constatée.

Par conséquent, la grippe est une maladie souvent peu grave en elle-même, mais qui permet à ce que l'école pastorienne appelle les « microbes de sortie » d'entrer en scène et de provoquer différentes infections ; que ce soit par des microbes existant à l'état latent dans l'organisme, que ce soit par des microbes venant du dehors, la grippe provoque une série d'infections secondaires, générales, locales, comme les otites, les rhinites, si souvent consécutives à la grippe ; que la grippe frappe l'adulte ou l'enfant, elle se caractérise de la même façon, par une maladie initiale suivie d'une série de complications par infections secondaires.

La grippe de l'enfant ne diffère pas dans son allure générale de celle de l'adulte. Elle a, comme la grippe de l'adulte, un certain nombre de caractères d'ailleurs assez difficiles à définir. Ces caractères sont un début brusque avec souvent une fièvre élevée qui peut être à 39°, 40°, avec d'emblée un état de fatigue, d'asthénie marquée, avec en même temps, signe plus caractéristique, une fluxion des premières voies aériennes et de la figure, rappelant ce que l'on voit au cours de la rougeole : le faciès est un peu vultueux, les yeux sont un peu injectés et réalisent le type des « yeux roses » que Taillens, de Lausanne, a attribué à ces enfants (comparables à ceux qu'on verrait en regardant ces enfants avec un verre rouge.) De même qu'il y a souvent un catarrhe oculaire, de même il y a un catarrhe du pharynx, et si vous examinez la gorge d'un sujet qui va faire la grippe, vous constaterez que la gorge est un peu rouge, qu'il y a un certain degré de pharyngite, analogue à celui qui marque le début de la rougeole. Eh bien, cette affection fortement fébrile, avec asthénie et manifestations congestives, oculaires et rhinopharyngées, peut disparaître assez vite, mais elle entraîne assez facilement, et c'est une autre caractéristique, la contamination de l'entourage, au moins de ceux qui n'ont pas eu la grippe ; on voit en quelques heures ou en quelques jours un ou plusieurs sujets, plusieurs membres de la même famille frappés. Le caractère épidémique intervient ainsi pour souligner la nature de l'infection.

Si on cherche quelles sont les caractéristiques principales chez l'enfant ou l'adulte à la phase de début, on voit

(1) Leçon du 11 avril 1924.

© BIU Santé

qu'il en est deux plus particulières : en premier lieu, la grippe frappe rapidement le système nerveux, il y a asthénie et fatigue. L'intensité de la *réaction nerveuse*, qui chez le jeune enfant peut aller jusqu'au *méningisme* grippal, est un trait particulier à la grippe.

Un deuxième caractère consiste dans *l'intensité des phénomènes congestifs*, phénomènes congestifs oculaires et pharyngés au début, et secondairement, s'il survient des manifestations respiratoires, prédominance au poumon de l'élément congestif. Voilà deux traits assez caractéristiques de la grippe dans ses manifestations initiales, susceptibles de la différencier de la rhinopharyngite aiguë saisonnière. Celle-ci débute bien avec la même brusquerie. Si elle s'accompagne d'un certain degré de catarrhe (le catarrhe nasal y est même communément plus accentué), elle n'entraine pas la même dépression nerveuse et ne s'accompagne pas de manifestations congestives secondaires au même degré que le ferait la grippe épidémique. Vous voyez que ce sont là des nuances de diagnostic, elles vous montrent combien le domaine de la grippe épidémique et de la rhinopharyngite saisonnière peut être difficile à délimiter, étant donné surtout qu'elles s'intriquent souvent.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on a attribué à la grippe trois formes principales. Elle peut se présenter sous forme d'une *maladie générale* fébrile, pour ainsi dire sans localisation ou avec le minimum de localisation pharyngée dont je parlais, maladie fébrile avec atteinte des premières voies, sans manifestations secondaires, durant quelques jours avec sa courbe caractéristique ; dès le premier jour ou après 36 heures, chute de la fièvre, guérison apparente, puis reprise de la fièvre donnant lieu à ce V thermique décrit pour la première fois par le professeur Teissier, de Lyon, et si caractéristique de beaucoup de courbes fébriles de la grippe. Ou bien, elle se présente avec le caractère d'une maladie fébrile plus intense, pouvant durer plus longtemps ou affecter un aspect infectieux plus grave.

A côté de ces formes fébriles (qu'on qualifie aussi parfois, devant l'intensité de l'asthénie et des réactions nerveuses, de formes nerveuses), il y a aussi souvent, et surtout au début de l'épidémie de grippe, des *formes gastro-intestinales*. C'est ce que nous avons vu cette année, quand nous avons vu apparaître au début de l'hiver un certain nombre de cas où la grippe s'est manifestée par de la fièvre et en même temps par des vomissements, de la diarrhée, des symptômes de gastro-entérite aiguë.

Ces formes gastro-intestinales, de durée assez courte ne sont pas, à l'ordinaire, extrêmement graves. Comme pendant l'épidémie de 1918-19, on ne les a vues, d'une manière temporaire, pendant l'épidémie actuelle.

Enfin, et surtout, la grippe peut revêtir l'allure d'une *maladie respiratoire* ; c'est ce qui est le plus habituel.

La grippe, lorsqu'elle frappe un sujet adulte ou enfant, car la pathologie du grand enfant se rapproche de celle de l'adulte, est une maladie qui, après deux ou trois jours de fièvre, alors que tout semble guéri et fini, reprend et, en même temps qu'elle reprend, une complication respiratoire se manifeste.

C'est généralement une *congestion pulmonaire*, assez intense, assez migratrice et ayant volontiers le caractère œdémateux avec cette *congestion crépitante* si caractéristique qu'elle est pour ainsi dire la signature de la grippe. Il y a là quelque chose de spécial sur quoi je ne veux pas insister, mais qui est, en général, suffisant pour faire affirmer la nature grippale des complications.

Voilà les trois formes principales, forme infectieuse fébrile, forme digestive, forme respiratoire que vous verrez dans l'enfance, et dans lesquelles vous diagnostiquerez assez facilement la grippe, par la notion d'épidémicité, par l'intensité de la réaction nerveuse, par la présence de phénomènes congestifs, souvent aussi, par l'existence de la *langue grippale*, d'aspect un peu spécial, *porcelainique*, comme l'a dit justement Faisans, humide et blanche tout à la fois, qui, jointe aux autres signes, a certainement une valeur diagnostique chez l'enfant comme chez l'adulte.

Le diagnostic de grippe porté que faut-il faire au point de vue thérapeutique ?

Ici, comme dans la plupart des maladies de l'enfance, c'est l'*hygiène* qui est l'élément dominant, et c'est en assurant à l'enfant une bonne hygiène que vous avez les plus grandes chances de voir la maladie évoluer sans complications.

1° Pour la grippe, comme pour la rougeole, c'est l'*isolement individuel* qu'il faut autant que possible réaliser. Pendant l'épidémie de 1918-19, ceci a été mis en lumière d'une façon très nette : tandis que les malades soignés en ville, et autant que possible isolés, guérissaient à peu près tous, au contraire ces malades, mis dans les salles communes de l'hôpital, mouraient dans la proportion de 25 à 40 %. Par conséquent l'épidémie de 1918-19 a fait la preuve de la supériorité de l'isolement individuel. L'isolement individuel, sans doute, peut n'être pas aussi strict que dans une maladie comme la rougeole ou la scarlatine, mais il importe que le grippé soit soigné à part, dans une chambre en ville, dans un box à l'hôpital. L'isolement individuel aide d'ailleurs à empêcher la diffusion de la grippe et les infections secondaires qui l'accompagnent, il offre à la fois un intérêt collectif et individuel. Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur les bienfaits évidents de cet isolement.

2° Il faut en second lieu, *maintenir au lit* l'enfant atteint de grippe non seulement pendant le temps où il a de la fièvre, mais encore pendant 48 heures au moins après la chute de la fièvre. Ceci est très important, car, d'après ce que je vous ai dit, la grippe est une affection dans laquelle volontiers la température cède assez rapidement, pour repartir et faire ce V grippal si significatif. Si la reprise de la fièvre prend le malade lorsqu'il est debout et exposé au refroidissement, les causes de contamination respiratoire sont beaucoup plus grandes. Par conséquent, la règle qu'il faut adopter en matière de grippe, c'est de laisser le malade au lit pendant toute la période fébrile, et encore 48 heures après. Naturellement le repos, indispensable lors de grippe épidémique, l'est beaucoup moins s'il s'agit de rhinite banale.

3° Il faut mettre le malade à une *alimentation autant que possible liquide et assez réduite*. On a discuté la question de savoir s'il fallait nourrir les grippés en raison de ce fait qu'ils présentent assez volontiers un état de dénutrition marquée, ont de l'azotémie, azotémie qui a été mise en évidence par le professeur Gilbert et MM. Chabrol et Dumont, chez l'adulte dès le début de l'épidémie de 1918-19, et vérifiée par nombre d'auteurs. Elle s'associe ordinairement à une azoturie prononcée. S'il y a une dénutrition marquée dans la grippe, elle ne doit néanmoins pas commander une alimentation trop prononcée parce que cette alimentation risque de provoquer des troubles digestifs. Il faut mettre le malade à l'alimentation par le bouillon de légumes, par les tisanes sucrées, par le lait ; on le nourrit ainsi comme un typhique ; il ne faut pas le suralimenter et il est inutile de recourir aux potions alcooliques, un peu trop généreusement octroyées aux

© BIU Santé

grippés adultes et qui, chez l'enfant, n'ont aucune raison d'être.

4° Outre ces mesures générales d'hygiène, isolement individuel, repos au lit, alimentation plutôt liquide, il faut assurer l'*aération régulière* de la pièce, éviter que le malade soit dans un espace surchauffé, avec une chaleur sèche excessive. A cet égard, on a très bien vu en 1918-19, les inconvénients de certains chauffages, comme le chauffage à air chaud et sec, et ceux des pièces surchauffées. Une pièce dans laquelle la température dépasse 18° à 21° en hiver et dont l'air n'est pas renouvelé facilite les complications respiratoires secondaires. Il est très important de renouveler l'air. M. J. Renault a montré dans son service de l'hôpital St-Louis, l'avantage de l'aération permanente des salles d'enfants malades. Ceci est vrai d'une manière particulière en matière de grippe et la crainte du refroidissement ne doit pas amener l'isolement dans une pièce surchauffée.

5° Tout ceci, ce sont des mesures générales d'hygiène infectieuse qui peuvent s'appliquer à d'autres maladies que la grippe. Ce qui lui est plus spécial, comme d'ailleurs à la scarlatine ou à la rougeole, c'est la nécessité d'assurer l'*antisepsie des premières voies aériennes*, par crainte des complications respiratoires. Je vous ai dit que la grippe se complique, s'intrique avec la rhinopharyngite aiguë, saisonnière, et nous venons de voir, ces derniers jours des exemples nombreux à Paris, de ces rhinopharyngites tenaces à caractère de rhinopharyngite saisonnière, qualifiées par certains de grippe. Il est certain que ces rhinopharyngites greffées ou non sur une grippe antérieure, ouvrent la porte aux complications respiratoires. Il faut tâcher de les éviter. C'est pourquoi chez les grippés, il est bon de soigner les fosses nasales, de mettre ou de l'huile goménolée si communément employée, ou plutôt de l'huile de vaseline eucalyptolée, on encore tout simplement de la vaseline boriquée dans les narines. Vous pouvez employer aussi le collargol en solution à 1 % recommandé autrefois par M. Méry ; il a l'avantage de nettoyer assez bien les fosses nasales, n'a pas l'inconvénient de certaines solutions huileuses, mais il est parfois un peu irritant.

Employez également des *lavages de gorge*, pour entretenir la bouche en état de propreté et éviter les infections secondaires d'origine buccale ou dentaire ; lavages de gorge avec toutes solutions : eau oxygénée officinale largement étendue d'eau, solution de salicylate de soude, gargarismes au phénosalyl, etc.

Employez aussi et surtout la *méthode de Milne*, si utile pour désinfecter les premières voies aériennes. Deux pratiques en constituent la base : c'est d'abord l'huile phéniquée au dixième ou au vingtième, en attouchements biquotidiens de la gorge (dont, en dehors de cas spéciaux, mieux vaut ne pas abuser).

C'est ensuite et principalement, comme dans la rougeole et la scarlatine, *l'essence d'eucalyptus* mise sur un linge, un mouchoir ou un tampon d'ouate, à proximité du lit du malade, qui doit la respirer fréquemment, ou mise sur une tente de mousseline au-dessus du lit ou du berceau ; ainsi employée en inhalations répétées plusieurs fois par jour, elle est absolument inoffensive et se montre un merveilleux moyen de désinfection pour les premières voies aériennes ; elle a une action préventive, selon moi indiscutable, vis-à-vis des infections secondaires des voies respiratoires.

Dans une grippe normale non compliquée, comme le sont heureusement l'immense majorité des cas, ces moyens hygiéniques suffisent à amener la guérison en quelques jours du petit malade.

Néanmoins il y a des cas où la grippe est plus sévère et s'accompagne de certaines complications contre lesquelles il faut agir à l'aide de certains médicaments. Quels sont ceux que vous pouvez employer dans la grippe ?

Le *traitement médicamenteux général* de la grippe est certainement d'action assez limitée. Il faut savoir surtout ce qu'*il ne faut pas employer*. Lorsqu'un enfant a une forte fièvre, on a tendance à employer des antipyrétiques. Parmi eux, la *quinine* est utile parce qu'elle est un bon antipyrétique, un tonique qui ne déprime pas ; donnez-la soit sous forme de suppositoires, méthode particulièrement commode chez l'enfant, soit sous forme de cachets à dose moyenne de 0,25 centigr. deux fois par jour, davantage quand la fièvre est élevée, sans craindre les bourdonnements d'oreilles. Vous pouvez employer également chez les enfants l'*aristochine*, ou carbonate neutre de quinine, produit sans saveur, assez actif à la dose de 15 à 0,20 cent. répétée deux fois par jour ou plus selon l'âge.

L'*aspirine* n'est pas un mauvais médicament en cas de forte fièvre, néanmoins, elle a ses dangers ; il ne faut l'employer qu'à petite dose, ne jamais dépasser 0,25 cent. chez l'enfant, il faut rester même au-dessous chez les enfants au-dessous de 5 ans, parce que, si vous dépassez la dose de 0,25 cent., vous provoquez une chute thermique avec sueurs abondantes et qui peut aller au collapsus. Pendant l'épidémie de 1918-19, j'ai vu des malades adultes chez lesquels de fortes doses d'aspirine dépassant un gramme m'ont paru responsables de la mort, en ce sens qu'elles ont mis le malade dans un état de faiblesse cardiaque de nature à favoriser les accidents graves ultérieurs.

Le *pyramidon* prête aux mêmes remarques. Il a été recommandé à la petite dose de 0,15 centig. à l'enfant atteint de grippe fortement fébrile. J'ai l'impression que le pyramidon est dans la grippe ce qu'il est dans la fièvre typhoïde et dans d'autres affections de l'enfance, un mauvais antipyrétique, parce que dépresseur cardiaque, entraînant facilement le collapsus. N'employez le pyramidon et l'aspirine qu'à petites doses, en ayant soin de lui associer une petite dose de caféine (0.02 ou 0.03 cent. chez l'enfant) de façon à diminuer son action dépressive.

L'*antipyrine* est parfois utile parce qu'elle calme le système nerveux, mais, elle aussi, ne doit être employée qu'avec certaines réserves, car elle ferme le rein. A la dose de 0,25 ou 0,30 centigr. dans une potion sirupeuse, assez facile à administrer, elle est utile s'il y a des accidents d'excitation nerveuse marquée ou des accidents douloureux accusés. Je n'emploierais pas toutefois l'antipyrine d'emblée dans la grippe chez l'enfant.

La *cryogénine*, peut être prescrite mais se heurte aux mêmes objections que l'aspirine et le pyramidon.

L'enfant doit être tonifié. Il est bon, chez les enfants qui ont une forte fièvre, qui toussent un peu, qui ont de la rhino-pharyngite, d'employer l'*acétate d'ammoniaque*. Je le prescris associé aux sirops d'éther et de fleurs d'oranger, à la dose de 1 gr. ou 1 gr. 50 par jour. Il na pas d'inconvénients ; c'est un stimulant diffusible excellent et qui tend à prévenir les complications respiratoires.

Comme calmants, vous serez parfois autorisés à employer un peu de *sirop diacode* ou de *sirop de codéine*, mais à petites doses, en vous rappelant les inconvénients de la médication calmante chez l'enfant.

Faut-il donner une médication purgative ou vomitive ? Ici encore, nous pouvons nous rappeler qu'en 1918-19 un certain nombre de médecins ont commencé par purger

© BIU Santé

ou faire vomir leurs grippés, employant un purgatif violent au sulfate de soude ou les faisant vomir avec l'ipéca. Ce fut selon moi une grosse erreur parce qu'on débilitait les malades épuisés, et j'ai maintes fois vu arriver à l'hôpital des malades ainsi affaiblis par une purgation ou un vomitif intempestifs.

Je ne nie pas qu'il puisse être utile pourtant de donner du sulfate de soude, à faible dose, dans quelques cas, mais n'abusez pas de tels médicaments lorsque vous redouterez de déprimer votre malade.

Parmi les *antiseptiques internes*, on a beaucoup et justement recommandé l'*hexaméthylène-tétramine* (*formine*, *urotropine* ou *uroformine*). Elle est de longue date employée dans la plupart des maladies notamment dans les maladies biliaires et urinaires. Il semble qu'elle agisse sur les voies respiratoires et pendant la grippe on s'en est beaucoup servi en injections intraveineuses, chez l'adulte. Ce mode d'administration est à rejeter ordinairement chez l'enfant, mais à la dose de 0,75 centigr. à 1 gr. chez le grand enfant, et 50 à 60 centig. chez le jeune enfant, par doses répétées, fractionnées dans la journée, l'urotropine, par voie digestive, est utile, associée ou non au benzoate de soude.

Je passe sur d'autres médicaments, notamment les *métaux colloïdaux*, qui ont été très recommandés, mais qui n'ont pas ici plus d'action spécifique que dans la rougeole la scarlatine ou la fièvre typhoïde ; on peut parfois les employer à titre de médication psychothérapique (volontiers réclamée par l'entourage du malade). Il ne faut pas trop compter sur leur action thérapeutique.

Je ne crois pas qu'il faille essayer chez l'enfant l'emploi des *abcès de fixation* dont on a un peu exagéré les bienfaits et qui sont le plus souvent une inutile souffrance. Réservez-les aux cas particulièrement graves et où tout doit être essayé. Mais bannissez-les de votre thérapeutique courante.

Il y a d'autres médications symptomatiques. Il peut être bon, en temps épidémique, chez les enfants dans un milieu infecté, ou les enfants plus grands qui déjà présentent des phénomènes de grippe respiratoire, de faire *certaines sérothérapies préventives*, notamment la sérothérapie antidiphtérique. Au cours de l'épidémie de 1918-1919, M. Renon a insisté sur l'utilité d'injecter dès le début 10 à 20 cm. de sérum antipneumococcique. Cette sérothérapie n'a qu'une utilité restreinte ; néanmoins, comme elle est parfaitement inoffensive, en milieu infecté, je ferais volontiers ces injections à un enfant grippé ayant une forte fièvre. Si l'enfant a été dans un milieu tant soit peu suspect au point de vue de la diphtérie, comme les malades de nos salles d'hôpital peuvent l'être à certains moments, il ne faut pas hésiter à lui faire une injection préventive de sérum antidiphtérique (quitte à recourir de préférence à l'antitoxine purifiée de l'Institut Pasteur qui évite les accidents sériques). Enfin on a pu discuter l'utilité du sérum antistreptococcique, mais il ne paraît pas avoir de valeur préventive, ni curative, et l'on peut s'en dispenser,

On a cherché également s'il y avait une *vaccinothérapie* de la grippe. Au cours de l'épidémie de 1918-19, MM. Bezançon et Legroux ont indiqué la possibilité de vacciner contre la grippe par l'emploi d'un vaccin polyvalent qui n'a pas tenu tous les espoirs qu'on avait un moment fondés sur lui. M. Minet, de Lille, est revenu récemment sur l'utilité de certains vaccins polyvalents. Je crois que les vaccins ont leurs indications mais qu'il ne faut les employer qu'avec prudence, car, ils déterminent des réactions. On pourrait utiliser, à très petites doses, certains vaccins dans les grippes graves, compliquées et prolongées. Jusqu'à présent, néanmoins, la vaccinothérapie apparaît comme une méthode d'exception.

J'arrive à l'exposé de quelques points particuliers concernant certaines formes de grippe. Tout d'abord, vous aurez affaire quelquefois à des grands enfants attteints de *grippe adynamique*, de grippe grave d'emblée, qui les met dans un état de prostration marquée et qui s'accompagne de fièvre tenace avec ou sans localisations respiratoires. Vis-à-vis de ces grippes adynamiques, qui ont l'allure de grippes malignes, vous devez employer des méthodes qui sont les mêmes que celles employées dans les scarlatines malignes, ou les fièvres typhoïdes graves. Rappelez-vous qu'il y a un élément mis en évidence par le professeur Hutinel, dans la scarlatine et d'autres infections, par Louis Martin et Castaigne dans la diphtérie et qui a été retrouvé dans la grippe : c'est l'insuffisance surrénale. Il est vraisemblable que dans ces grippes malignes il y a une insuffisance aiguë des surrénales dans leur fonctions de défense anti-infectieuse. Ceci est évidemment une hypothèse ; mais ce qui ne l'est pas, c'est l'action certaine exercée par la médication surrénale dans ces cas. Voici longtemps que M. Renon, que moi-même nous avons insisté sur l'efficacité de l'extrait surrénal dans la grippe, que d'autres ont montré l'utilité des hautes doses d'adrénaline par la bouche ou par le rectum, doses de 20 à 50 gouttes par jour. L'extrait surrénal est peut-être plus actif, à la dose de 0,30 centig. par jour. Vous pouvez encore en faire des injections sous-cutanées d'extrait surrénal, mais *ne faites pas d'injections sous-cutanées d'adrénaline, ne faites pas surtout des injections de sérum adrénaliné sous la peau*, car facilement. elles provoquent le sphacèle et l'inflammation, et il faut redouter leurs dangers. On a discuté l'action de l'adrénaline par voie digestive ; il n'en passe vraisemblablement que des faibles quantités, mais il est prouvé par les expériences récentes de MM. Tournade et Chabrol que même de très faibles doses ont une action cardio-vasculaire marquée.

Faites également dans ces grippes graves un traitement par l'huile camphrée, par les toni-cardiaques, par la strychnine et ici, comme dans la diphtérie maligne, ou la scarlatine maligne, il peut être utile de faire un à deux milligrammes de strychnine sous la peau, tout en employant l'huile camphrée et l'extrait surrénal.

On doit aussi se rappeler l'utilité de la *balnéation tiède*, ou même froide, celle des enveloppements humides frais du thorax et de l'ensemble des moyens hydrothérapiques. La balnéation m'a paru, dans bien des cas, une médication efficace et qu'il faut savoir employer.

Je vous ai dit plus haut qu'un principe essentiel devait être de ne pas déprimer le malade. Par conséquent, s'il y a quelques grippes congestives qui sont justiciables de la saignée, si, dans certains cas, vous pouvez faire des émissions sanguines, à l'aide de ventouses scarifiées, le plus souvent vous devez vous abstenir, réserve faite des formes dans lesquelles il y a de véritables congestions, et notamment de la congestion œdémateuse du poumon. Une saignée immédiate et copieuse s'impose alors.

Par l'ensemble des moyens que je viens de dire, vous arriverez à quelque chose dans un certain nombre de cas que vous guérirez malgré la gravité de la grippe. Encore, faut-il arriver suffisamment tôt pour agir, alors que la maladie n'a pas fait de trop grands progrès et ne s'est pas accompagnée de complications diverses.

Lorsque la maladie dure, il est rare qu'elle ne s'accompagne pas de manifestations pulmonaires, et les *manifestations respiratoires* sont la règle dans les grippes qui se

© BIU Santé

prolongent un peu. Nous pouvons faire deux groupes des cas que l'on observe alors. Dans le premier, s'il y a des manifestations respiratoires, elles affectent surtout les premières voies aériennes. A la grippe ont succédé les rhinopharyngites aiguës ; celles-ci demandent le traitement local des rhinopharyngites, elles ne comportent pas de gravité. Dans le second, se placent les faits où il y a des broncho-pneumonies. Les bronchopeumonies réalisent alors divers aspects, depuis les bronchopneumonies localisées et à allure pseudo-lobaire jusqu'aux bronchopneumonies diffuses, aux pneumonies crépitantes et à toutes les manifestations respiratoires que l'on a pu décrire. Le traitement de ces manifestations pulmonaires est le même que celui des bronchopneumonies aiguës ; j'ai étudié celui-ci devant vous et je n'y reviens pas (1) ; il s'agit d'un traitement que vous connaissez et qui se rapproche du traitement des manifestations graves de la grippe. C'est la balnéation, ce sont les enveloppements froids, l'administration de l'acétate d'ammoniaque, en potion à doses répétées et intensives ; ce sont les piqûres d'huile camphrée, bref c'est l'ensemble de la médication habituelle des bronchopneumonies mais ici il y a une médication spéciale qu'il faut employer largement. c'est la *sérothérapie antipneumococcique*. Le pneumocoque est l'agent pour ainsi dire obligatoire de la plupart de ces bronchopneumonies secondaires. Sans doute, il y a d'autres germes avec lui, mais le pneumocoque est toujours présent. Aussi est-il indiqué de se servir du sérum antipneumococcique. J'ai discuté sa valeur préventive mais, dès qu'il y a une complication respiratoire, il doitêtre employé à dose curative, c'est-à-dire assez élevée, par exemple 20 à 40 cm., répétés tous les jours, jusqu'à 120 à 130 cm. de sérum antipneumococcique. Sans doute, il n'agit pas toujours, mais il a dans certains cas une action thérapeutique indiscutable qui compense bien les quelques accidents sériques qu'il peut provoquer.

Si vous voyez la bronchopneumonie durer, la sérothérapie peut être suivie utilement de la *vaccination* par un vaccin polyvalent, pneumostreptococcique par exemple. Ces vaccins associés sont utiles dans la période de déclin d'une bronchopneumonie qui traîne, si surtout il paraît se faire certaines manifestations pleurales ; n'hésitez pas à employer la vaccinothérapie dans ces cas.

Peut-être dans ces formes traînantes, vous trouverez-vous bien aussi des piqûres d'huile camphrée et eucalyptolée, additionnées ou non d'une faible quantité de gaïacol. On a recommandé dans certaines bronchopneumonies traînantes la *collobiase* de térébenthine en injections. Taillens, de Lausanne, et son élève Sozzi, ont publié des résultats favorables à cette médication que je n'ai pas employée. On a conseillé l'*émétine*, elle a été notamment employée par Méry, qui a néanmoins insisté sur la prudence avec laquelle il fallait la manier. Pour ma part, je n'aime guère à m'en servir, car elle a des inconvénients toutes les fois que la bronchopneumonie a tendance à la diffusion et c'est la règle pour beaucoup de bronchopneumonies grippales. De plus l'émétine provoque volontiers deux ou trois heures après son administration un état d'asthénie et de faiblesse cardiaque au moment où se produit l'expectoration qui, chez un enfant fatigué, peut être fâcheuse. Tout au plus, dans certaines bronchopneumonies pseudolobaires, localisées, dans lesquelles le malade crache peu et mal, y a-t-il intérêt à donner de très faibles doses d'émétine (un 1/2 centigr. à un centigr. par exemple) mais je crois qu'il faut être très réservé dans son emploi.

Enfin, il y a une méthode qui a été conseillée à nouveau récemment par M. Ribadeau-Dumas et son élève Jean Meyer, c'est l'*oxygénothérapie* déjà recommandée par Delcourt (de Bruxelles) et Weill (de Lyon). Elle peut être utile, soit sous forme d'inhalations d'oxygène répétées tous les quarts d'heure, soit sous celle d'injections d'oxygène sous la peau. Que peut faire l'oxygénothérapie ? Je ne crois pas qu'elle transforme beaucoup le sort de la plupart des enfants atteints de complications respiratoires ; n'en améliorerait-elle que quelques-uns, qu'il ne faut pas l'abandonner. D'ailleurs, quelle que soit la gravité de ces bronchopneumonies grippales, il reste toujours une espérance, parce qu'elles sont fortement congestives, et l'élément congestif peut, dans une certaine mesure, être passager ; l'amélioration survenant lorsqu'il diminue ou disparaît.

Ces bronchopneumonies s'accompagnent volontiers de *complications pleurales*, passagères, moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte ; elles peuvent aboutir à des pleurésies suppurées, qui soulèvent le problème de l'intervention chirurgicale. Dans la règle, suivant Tuffier, l'intervention est grave et bien qu'il y ait du pus dans la plèvre, l'évacuation immédiate de ce pus peut s'accompagner d'accidents sévères, la pleurotomie être suivie de mort s'il y a des manifestations pulmonaires en évolution et si les troubles généraux persistent. Lorsque, au contraire, la pleurésie résume toute la maladie, lorsque les manifestations infectieuses se limitent à la plèvre, sans persistance des phénomènes pulmonaires, l'intervention chirurgicale par la pleurotomie s'impose. C'est une intervention excellente qui peut sauver le malade.

Y a-t-il un autre traitement moins directement chirurgical ? M. Nobécourt a insisté sur l'utilité chez l'adulte, quand il était aux armées, et chez l'enfant dans le service du professeur Hutinel, des *injections intrapleurales de bleu de méthylène* dans les pleurésies purulentes post-grippales et sur les avantages possibles des injections de sérum antipneumococcique dans la plèvre. Je crois que, s'il existe encore des phénomènes pulmonaires et des signes généraux indépendants de la pleurésie, la ponction et l'injection du bleu de méthylène ou de sérum antipneumococcique sont indiquée, qu'en revanche, lorsque la pleurésie purulente résume toute l'affection, il faut recourir à l'intervention chirurgicale aidée ou non de la vaccinothérapie.

Deux mots sur les *formes gastro-intestinales*. Elles nécessitent les prescriptions ordinaires de la thérapeutique des gastro-entérites infantiles, régime alimentaire avec diète hydrique ou au moins diète relative, emploi de certains médicaments antiseptiques, benzonaphtol, bismuth, bactériothérapie lactique, emploi des injections sous-cutanées de sérum artificiel ou de sérum glucosé isotonique non adrénalisé, qui luttent utilement contre la déshydratation.

Je passe, car les formes gastro-intestinales n'ont pas d'indications différentes de celles des gastro-entérites aiguës.

Les *formes nerveuses* méritent quelques remarques pour deux raisons. D'une part, il y a volontiers chez l'enfant atteint de grippe un méningisme grippal qu'il ne faut pas confondre avec la vraie méningite. Ces enfants sont nerveux, ils présentent quelquefois un certain degré de raideur de la nuque et des membres, parfois une certaine céphalée. On pourrait les considérer

(1) P. LEREBOULLET. — Traitement des bronchopneumonies aiguës de l'enfance. *Pédiatrie pratique*, juillet 1924.

© BIU Santé

comme atteints de méningite alors qu'ils n'ont que du méningisme. Il faut en faire le départ et se souvenir que, dans le méningisme, la balnéation chaude et la médication calmante sont des moyens très efficaces.

D'autre part, il faut se rappeler que, chez les jeunes enfants surtout, à la suite de manifestations pulmonaires plus ou moins accentuées, peut survenir une méningite vraie, qui est volontiers une *méningite à coccobacille de Pfeiffer*. Or, la méningite à cocco-bacille de Pfeiffer est une méningite extrêmement grave, mortelle dans l'immense majorité, sinon la totalité des cas. Par conséquent, si vous constatez par la ponction lombaire qu'il y a un liquide trouble, qui vous révèle la présence du cocco-bacille de Pfeiffer, soyez extrêmement sombres dans votre pronostic car malheureusement il est plus que probable que rien ne pourra sauver l'enfant. Dans un cas, chez un enfant de 2 ans que j'ai moi-même suivi il y a deux ans avec M. Rousseau, dans la plupart de ceux qu'a récemment groupés M. Boulanger-Pilet, il en a été ainsi.

En dehors de ces deux ordres de faits, les manifestations nerveuses de la grippe sont chez l'enfant ce qu'elles sont chez l'adulte, ce sont surtout des manifestations de dépression nerveuse, avec parfois un peu d'excitation et quelquefois des douleurs névralgiques plus ou moins tenaces qui peuvent nécessiter une médication calmante.

La grippe existe peu chez *le nourrisson*, on l'y observe néanmoins et le professeur Achard a montré que, lorsque la mère est grippée, elle peut contagionner son nourrisson ; il y a eu dans la crèche de l'hôpital Necker, au moment de l'épidémie de 1918-19, toute une épidémie de grippe du nourrisson provoquée par la contagion maternelle. Si le nourrisson est relativement immunisé contre la grippe, c'est que, dans une nourricerie, il est à l'abri des contagions, sauf par sa mère et celles qui le soignent ; qu'il y ait autour de lui de la grippe et il est tout aussi sensible à la contagion qu'un autre sujet. Chez lui, la grippe s'accompagne volontiers de rhinopharyngite et entraîne volontiers des complications respiratoires. Par conséquent, ce peut être une grippe grave, il faut toujours la considérer comme assez sérieuse.

De plus, il faut se rappeler qu'elle entraîne une réviviscence du pneumocoque dans le nez du nourrisson et que cette réviviscence peut provoquer des pneumococcies secondaires. MM. Nobécourt et Paraf ont insisté en 1920 et 1921 sur la gravité des *pneumococcies* dans les crèches, pneumococcies qui peuvent être très virulentes, qui peuvent être très prolongées. Or ces pneumococcies sont souvent la survivance d'une épidémie de grippe antérieure. Retenez que lorsqu'il y a une épidémie de grippe, il peut y avoir secondairement une épidémie de pneumococcie ; c'est là que le sérum antipneumococcique peut rendre service.

J'aurai fini en disant deux mots *du traitement de certaines complications*. La grippe est volontiers, chez l'enfant, hémorragique et s'accompagne d'épistaxis et d'hémorragies diverses. Ces hémorragies disparaissent d'elles-mêmes le plus souvent. Toutefois vous pouvez être appelés à employer la thérapeutique par le chlorure de calcium et les injections d'un sérum frais comme le sérum antidiphtérique ou toute autre médication dite hémostatique notamment le *sérum anthema* qui semble jouir de qualités spéciales. Ces hémorragies ne sont actuellement pas fréquentes, mais au cours de l'épidémie de 1918-19, les médecins étaient appelés constamment auprès d'enfants ayant des épistaxis abondantes.

D'autres complications peuvent survenir, il y a de la rhinopharyngite. Il peut y avoir secondairement de la sinusite ou de l'otite ; il faut se méfier de l'*otite* souvent pnemococcique qui peut survenir à la suite de manifestations angineuses, notamment d'amygdalites palatines constituant ce qu'on a appelé *l'angine rétro-nasale*. C'est une raison pour ne pas faire de lavages de nez chez les grands enfants en se rappelant cet axiome des spécialistes : coryza + lavage du nez = otite. Parfois ces manifestations angineuses et pharyngées peuvent s'accompagner *d'adénopathies* suppurées qui nécessitent aussi un traitement.

A côté des complications, il peut y avoir les *associations* de la grippe à d'autres infections ; chez l'enfant elle peut amener différentes manifestations qui sont le résultat d'une association. C'est ainsi que les pneumococcies prolongées, chez l'enfant, le nourrisson, ou le grand enfant, s'observent assez facilement à la suite de la grippe. L'infection à pneumocoque dure, elle entraîne des manifestations diverses, dont j'ai parlé, des bronchopneumonies prolongées, des rhinites très tenaces, voire même des manifestations osseuses, c'est dans ces cas que la vaccination antipneumococcique peut donner des résultats.

L'association à la *tuberculose* n'est pas rare. La tuberculose secondaire est-elle fréquente chez les grippés ? On a cru d'abord, en raison de son action anergisante manifeste, que la grippe devait souvent être le point de départ d'une tuberculose évolutive. Or on a observé que la tuberculose secondaire était relativement rare après la grippe, M. Hutinel a montré que, s'il y avait moins d'évolution tuberculeuse chez les enfants, après la grippe qu'après la rougeole, cela tenait justement à cette action congestionnante violente de la grippe. Elle a une action congestive qui fait que le processus inflammatoire est activé, mais n'est pas nécessairement essaimé, Il y a des poussées congestives marquées autour des foyers tuberculeux anciens chez les enfants, surtout autour des ganglions médiastinaux. Ces poussées congestives sont souvent feux de paille et ne donnent pas de manifestations durables. Parfois pourtant, secondairement à la grippe, il y a une évolution tuberculeuse ; heureusement, elle n'est pas fréquente.

La grippe peut se compliquer de *diphtérie*. Il faut se rappeler que, comme la fièvre typhoïde, elle entraîne secondairement une diphtérie grave. L'angine diphtérique est volontiers maligne, parce qu'elle survient chez un sujet épuisé. Conclusion pratique, n'hésitez pas, dès qu'il y a une angine suspecte chez un enfant grippé, dès que cet enfant est dans des conditions où il peut contracter la diphtérie, à faire une sérothérapie antidiphtérique préventive, car il faut éviter que la diphtérie évolue d'une façon active chez les enfants atteints de grippe.

La grippe peut s'associer à la *rougeole*. Cette association facilite au maximum les complications respiratoires, mais ne présente pas de particularités bien spéciales. Retenez seulement que dans le pronostic général de la rougeole, il faut souvent tenir compte de la grippe préexistante qui semble notamment avoir aggravé la rougeole de l'hiver dernier.

Malgré ces complications, malgré ces associations, la grippe guérit fort heureusement chez l'enfant, dans l'immense majorité des cas. Les manifestations rhinopharyngées et bronchopulmonaires, si tenaces qu'elles soient, finissent souvent par disparaître. Chez le convalescent il convient toutefois de suivre ultérieurement l'état du rhinopharynx, des oreilles, des voies respiratoires ; quelquefois une intervention sur les végétations adénoïdes s'imposera ; d'autres fois, il faudra soigner les oreilles,

© BIU Santé

Parfois encore, il faudra surveiller le médiastin et rechercher l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique secondaire. Il sera bon dans quelques cas de parfaire la guérison par une cure d'air qui luttera contre l'anémie ou une cure hydrominérale telle que la Bourboule, Saint-Honoré, pour agir sur les ganglions, sur l'adénoïdite, et en même temps sur l'état général.

En tout cas, pour la grippe comme pour la rougeole, comme pour la scarlatine, il convient de ne pas être sceptique en thérapeutique. Le médecin peut rendre un grand service à l'enfant grippé en intervenant dès le début pour prescrire les mesures d'hygiène qui en même temps assureront la guérison de l'enfant et empêcheront la propagation de l'épidémie. Il a par conséquent, un double rôle : rôle de thérapeute actif en favorisant la guérison de la grippe, en évitant les crises dangereuses, rôle d'hygiéniste en luttant contre les infections secondaires et en limitant par l'isolement les épidémies de grippe.

La grippe avait disparu à la suite de l'épidémie de 1918-19. Nous avons vu l'an dernier et cet hiver une ébauche de réapparition de la grippe. Il se peut qu'à un moment donné nous voyons réapparaître la grippe avec la violence d'autrefois. Rappelons toutefois que la grippe épidémique semble bien immuniser, dans une large mesure, les sujets qui en sont atteints (à l'inverse des rhinopharyngites saisonnières). Par conséquent, étant donnée la manière brutale dont elle a frappé les malades en 1918-19, il y a des chances pour que de longtemps nous n'assistions pas à une pareille explosion et que nous puissions facilement juguler de petites épidémies que nous voyons encore en observant les règles prophylactiques et thérapeutiques que j'ai tenté de vous rappeler au cours de cette leçon.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

GYNÉCOLOGIE

Traitement de la blennorragie non compliquée chez la femme

La blennorrhagie de l'homme est une infection de l'urèthre antérieur ; par mauvaise chance, par imprudence ou par un traitement mal mené, elle peut se compliquer d'uréthrite postérieure, de cystite, de prostatite, d'orchi-épididymite. Non traitée ou mal traitée, elle passe à l'état chronique.

La blennorrhagie de la femme est une infection de l'un ou de plusieurs des organes suivants : vulve et ses glandes, urèthre, glande de Skene, vagin, surface du col, cavité du col ; par mauvaise chance, par imprudence ou par un traitement mal mené, elle peut se compliquer de métrite du corps, de salpingite etc. Non traitée ou mal traitée, elle passe à l'état chronique.

En cas de *blennorrhagie très aiguë*, le traitement doit être discret, très discret : repos au lit (de deux semaines à un mois), cataplasme ou quelquefois glace, bains tiède, deux litres d'irrigation tiède avec un antiseptique très faible (permanganate au vingt millième : permanganate mauve et non améthyste) ou avec deux cuillerées de bicarbonate de soude ou quelque herbe émolliente, sangsues hypogastriques en cas de douleur, médicaments calmants en cas de douleur très vive. Toute autre manœuvre locale est dangereuse. Il faudra prendre les mesures nécessaires pour éviter une nouvelle infection gonococcique par le coït.

A la *phase subaiguë*, on essayera d'un traitement un peu plus actif, en étant prêt à battre en retraite si l'on a produit le moindre réchauffement.

Ce traitement plus actif consistera en injections et badigeonnages.

Les injections seront chaudes ou, mieux, tièdes, on les prendra en position couchée et à faible débit pour prolonger le contact et on gardera la position couchée pendant le quart d'heure suivant. Une des meilleures formules est le tannin boraté : trois grammes de tanin et trois fois autant de borate de soude soit 9 gr. dans un litre d'eau.

Les badigeonnages seront faits deux ou trois fois par semaine : on touchera le col, les culs-de-sac, les petites lèvres et la face interne des grandes lèvres avec du nitrate d'argent à un pour cinquante. On remplacera cette solution de temps à autre par de la teinture d'iode dédoublée ou encore par un attouchement au bleu de méthylène à 1/100 suivi d'un attouchement picriqué au même taux. On fera ingérer des balsaniques ou du bleu de méthylène à l'intention de l'urèthre.

Toute autre manœuvre locale est dangereuse : le temps de la glycérine n'est pas encore venu.

Lorsque la période aiguë sera à son déclin, il faudra poursuivre le gonocoque dans ses repaires : glande de Bartholin, glande de Skene, canal cervical, urèthre.

Pour le col utérin, le traitement consistera en badigeonnages, précédés d'injections alcalines qui détachent le mucus et suivies de pansement. Les badigeonnages s'adresseront plus spécialement à la cavité cervicale. On emploiera l'iode, la nitrate, la poudre de bleu de méthylène, le permanganate très finement pulvérisé.

Les pansements seront secs ou glycérinés. Secs, ce sera un poudrage au bleu de méthylène, au tannin, au dermatol. Glycérinés, ils consisteront en ovules additionnés, ou non d'antiseptiques mis le soir (avec une épaisse garniture à cause du suintement) et balayés le matin par une injection tiède. Certains ovules ont le tort d'être trop relevés en antiseptiques.

Henri VIGNES.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %
"L'IODOSOL"
Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"
à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.
EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.
CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES
"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS
Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

© BIU Santé

NOUVELLES (*Suite*)

Direction d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux. — La place de médecin-chef du sanatorium de l'Altenberg au col de la Schlucht sera mise au concours à partir du 1er octobre 1924 (concours sur titres). Les candidats devront adresser leur demande au Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, 21, rue de Berne, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications et références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications).

Une Commission technique nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés sera chargée d'examiner les titres des candidats ; la nomination sera faite par cette dernière.

Recrutement des directeurs et médecins de la santé. — Par décret inséré au *Journal officiel* du 17 juillet, le jury chargé d'apprécier les titres des candidats aux fonctions de directeurs de la santé et de médecins de la santé sera dorénavant composé de six membres désignés comme suit :

Le président ou, à son défaut, le vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui remplit les fonctions de président du jury.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Deux conseillers techniques sanitaires.

Un inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre.

Le chef du bureau de la prophylaxie et les épidémies

Le sous-chef du bureau de la prophylaxie et des épidémies remplit les fonctions de sesrétaire.

Ministère des colonies. — Par décret en date du 30 août 1924, la station thermale de Bagnoles-de-l'Orne (Orne) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues à l'article 12, position 5 du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 17 juin et 17 juillet 1913, 10 septembre 1920, 9 octobre 1921, 3 juillet et 30 août 1922, 15 septembre 1923 et 4 mai 1924.

Hôpitaux de province. — LILLE. — La Commission administrative des hospices civils de Lille donne avis que le mardi 28 octobre 1924, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de huit externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté libre à l'hôpital de la Charité.

Le concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, devant un jury présidé par l'un des membres de la Commission administrative des hospices, et composé de trois membres désignés par le sort parmi le personnel médical enseignant de la Faculté libre.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux du secrétariat de l'Administration des hospices, 41, rue de la Barre, dix jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au vendredi 17 octobre 1924, à 5 heures du soir, dernier délai. Elles peuvent se faire par correspondance.

Académie de Médecine. — *Prix Vulfranc Gerdy.* — M. Vulfranc Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5.500 francs en faveur de trois élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Nancy, Montpellier, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront nommés pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger : ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

Les dispositions testamentaires de M. Gerdy ont été l'objet d'un règlement rédigé par une Commission de l'Académie, d'accord avec l'exécuteur testamentaire.

En exécution de ce règlement, l'Académie met au concours, pour 1925, une place de stagiaire aux Eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1924.

Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1925.

Une somme de 1.500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Chefs de travaux et de laboratoires. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925, chefs de travaux et de laboratoires des cliniques :

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : Chefs de laboratoires : MM. les docteurs Deval (chimie), Tissier (Mlle) (anatomie pathologique), Bénard (bactériologie).

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : Chef de laboratoire : M. le docteur Renaud.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : Chef de laboratoire : MM. les docteurs Fibach, et Hautant, chef du laboratoire d'oto-rhino-laryngologie.

Clinique médicale (Beaujon) : Chefs des travaux : MM. les docteurs Foix (bactériologie), Feuillé (anatomie pathologique), Ribot (chimie) ; Lièvre, chef du laboratoire de radiologie.

Clinique chirurgicale (Cochin) : MM. les docteurs Herrenschmidt, chef du laboratoire chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique ; Beauvy, chef des travaux de biologie.

Clinique urologique (Necker) : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Chabanier (chimie), Verliac (bactériologie), Fey (urologie expérimentale).

Clinique médicale (Cochin) : Chefs de laboratoire : M. Laudat, pharmacien de 1re classe ; MM. les docteurs Raulot-Lapointe (radiologie), Joltrain (bactériologie) ; May, chef adjoint.

Clinique chirurgicale (Saint-Antoine) : M. Giet, chef de laboratoire (délégué)

Clinique médicale (Saint-Antoine) : Chef des travaux : MM. les docteurs Grigaut (chimie), Bret (anatomie pathologique et bactériologie), Ronneaux (électrologie et radiologie).

Clinique des maladies infantiles (Enfants-Malades) : M. le docteur Mathieu (René), chef de laboratoire.

Service de la diphtérie : M. le docteur Boulanger-Pillet, chef de laboratoire (délégué).

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. les docteurs Walther, chef des travaux d'ophtalmologie ; chefs de laboratoire : Lehmann (électricité), Cuel (Jean) (anatomie pathologique), Aubel (chimie), Dumas (psychologie).

Clinique des maladies nerveuses : Chefs de laboratoire : MM. Guy-Laroche et Bertrand.

(*Voir la suite page* 886).

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques conditions de l'exploitation sémiotique des spirochétoses bronchiques et intestinales (1).

Par M. G. DELAMARE

La présence, dans une expectoration, d'un nombre élevé de spirochètes constituant une anomalie indéniable pour autant qu'elle résulte de la prolifération effective dans l'arbre trachéobronchique de microorganismes qui n'en sont certainement pas les hôtes habituels, l'exploitation sémiotique de la *bronchospirochétose* apparaît relativement plus simple que celle de la *colospirochétose*. La contamination fortuite des exsudats trachéaux pendant la traversée de l'isthme buccopharyngien est une cause d'erreur moins fréquente et plus facilement évitable que celle occasionnée par la présence, dans les fèces, de saprozoïtes et de bactéries en spirales. L'ensemencement ne s'impose guère que dans les formes fétides et gangréneuses de la spirochétose bronchopulmonaire alors qu'il est de règle constante dans toutes les formes de la spirochétose intestinale.

***

L'identification des spirochètes bronchiques et intestinaux donne des résultats d'une curieuse symétrie, perceptible dans les formules suivantes :

I { *S. bronchialis* = ou *diff*. de *S. buccalis-Vincenti*, var. *br.*
{ *S. eurygyrata* = ou *diff*. de *S. buccalis-Vincenti*, var. *cæc.*

II { *T. bronchiale* = ou *diff*. de *T. dentium.*
{ *T. stenogyratum* = ou *diff*. de *T. dentium.*

Ces spirochètes sont, les uns et les autres, assimilables à ceux de la bouche à cause de leur homéomorphie ou classables dans des espèces distinctes à cause de leurs habitats spéciaux.

Les spirochètes intestinaux restant, en toute hypothèse, des hôtes du côlon normal, leur identification n'affecte en rien l'interprétation médicale de leurs phases de développement insolite. Il en va autrement pour les spirochètes bronchiques, considérés tantôt comme des pathogènes spécifiques, invariablement hémorragipares, tantôt comme des saprozoïtes tour à tour inoffensifs, sanguicoles, hémorragipares ou nécrosants d'après leurs localisations, la qualité et la quantité de la flore concomitante, la nature du terrain.

La première de ces identifications est à la base du concept, sans équivalent en pathologie intestinale, de la *bronchospirochétose tropicale*. La seconde sert de fondement au concept de la *bronchospirochétose cosmopolite*, comparable de tous points à celui de la *colospirochétose cosmopolite*.

Dans le concept de *bronchospirochétose exotique*, le climat et la prédisposition ethnique jouent naturellement un rôle de premier plan, les autres causes secondes n'entrent pour ainsi dire pas en ligne de compte. Les formes latentes, les formes associées à la tuberculose ne mettent pas en péril la réalité de l'entité morbide. La valeur sémiotique de la triade : spirochètes + hémoptysies râles ronflants est limitée mais précise et hors de toute contestation.

Dans le concept de *bronchospirochétose cosmopolite*, climat et prédisposition ethnique sont relégués au second plan. La chaleur intervient sans doute encore mais au même titre que le froid et en tant que simple facteur de débilitation organique. La prédisposition ethnique apparaît moins comme la résultante d'une réceptivité tissulaire spécifique que comme celle de la misère physiologique, fréquente chez les indigènes. C'est en somme et trait pour trait une transposition du problème de la pourriture nosocomiale et de l'ulcère tropical. Les causes favorisantes, toxiques et microbiennes, acquièrent, par contre, une importance capitale. Grippe, tuberculose, syphilis, pyorrhée alvéolodentaire, cancers buccaux jouent, dans l'envahissement du tronc bronchique par la faune spiralée de la bouche, le rôle imparti, dans le tractus intestinal, au choléra, à l'amibiase et, parfois aussi, à la tuberculose, à la syphilis et aux cancers. Fait digne de remarque, grippe et choléra confèrent à ces infestations secondaires une épidémicité d'emprunt.

Dans ces conditions, la pathogénéité des spirochètes bronchiques devient, comme celles des spirochètes intestinaux, matière à discussion. Expérimentalement, ces organismes spiralés des bronches paraissent pathogènes pour le singe, tout au moins par la voie trachéale et à la faveur d'un refroidissement. De même ceux de l'intestin accusent parfois une certaine pathogénéité pour le chat, tout au moins par la voie rectale. Les uns et les autres demeurent inoffensifs pour le lapin et, le plus souvent, pour le cobaye, alors que la variété *tonsillaris* de *S. Vincenti* s'ensemence, dans des conditions d'ailleurs complexes, sur l'hypoderme de ces animaux.

La non-standardisation des essais expérimentaux ne permet pas actuellement de décider si les effets de l'inoculation trachéale et rectale, pratiquée chez le chat, conduiraient à distinguer de façon indubitable les variétés *bronchialis* et *cæcalis* de *S. Vincenti*. Dans l'état présent de nos connaissances, l'inoculation dans l'œil ou le testicule du lapin ne peut servir qu'à différencier les tréponèmes bronchiques des tréponèmes syphilitiques. Quant à l'inoculation sous la peau du cobaye, elle serait surtout utilisable pour séparer les spirochètes de provenance buccale des spirochètes de provenance sanguine (*S. icterohemorragiæ* par exemple). La nécessité de cette dernière séparation se présente du reste plus rarement à propos de la *spirochétose intestinale* qu'à propos de la *spirochétose bronchopulmonaire*, les spirochètes hématogènes ne paraissant s'éliminer au niveau de l'intestin que dans certaines syphilis et dans le typhus des meutes.

En réalité, la notion de pathogénéité repose principalement sinon uniquement sur le synchronisme parfois remarquable entre le développement des spirochètes et celui des symptômes, entre la disparition des premiers et la guérison des seconds. La raréfaction des autres microbes et la spirochétémie plaident occasionnellement dans le même sens. Il s'ensuit que l'analyse des faits anatomocliniques présente, en l'occurence, un intérêt pour le moins égal à celui de la définition microscopique des germes spiralés.

***

Anatomiquement, le caractère majeur des *spirochétoses respiratoires* et *digestives* est, à n'en pas douter, l'extrême diversité de leurs localisations (localisations nasales, laryngées, trachéales, bronchiques, alvéolaires, pleurales

(1) Extrait de *Les spirochétoses respiratoires, stomatogènes*. Masson et Cie, Paris, 1924.

© BIU Santé

d'une part, appendiculaires, cæcales, coliques, sigmoïdorectales de l'autre.)

La limitation des greffes spirochétiques à un territoire restreint (*bronchite parcellaire, colite segmentaire ou angulaire*) est un autre trait essentiel et commun aux spirochétoses des voies respiratoires et digestives qui, on ne saurait l'oublier, ne coexistent généralement pas chez le même sujet. L'extension en surface et surtout en profondeur se rencontre à peu près exclusivement dans les spirochétoses gangréneuses (*gangrène pulmonaire* de l'homme, *gangrène gastro-intestinale* du chien). La pénétration des spirochètes dans les voies sanguines apparait sous la dépendance étroite sinon exclusive du lieu de leur prolifération maxima ; seules, les *spirochétoses alvéolaires* et *appendiculaires* semblent se compliquer de spirochétémie. Contrairement aux spirochétémies primitives à *S. icterohemorragiæ*, ces spirochétémies secondaires paraissent déterminer plutôt des métastases cérébrales que des hématuries avec spirochéturie.

La nature des lésions n'est pas moins diverse que leurs sièges. On discerne des congestions, des hémorragies et des pertes de substance gangréneuses. Les ulcérations et les hémoptysies de la tuberculose semblent jouer dans les voies respiratoires le rôle favorisant des ulcères amibiens et des entérorragies dans le gros intestin.

Alors que la réalité anatomique des *fusospirochètoses gangréneuses* est indiscutable et indiscutée, celle des *bronchites* et des *colites primitives à spirochètes* attend toujours, faute d'autopsies, sa démonstration. Les résultats négatifs, enregistrés à l'autopsie d'un noir atteint de *spirochétose trachéale* et d'hémoptysies tuberculeuses prouvent de façon péremptoire l'existence d'une *spirochétose trachéale, sanguicole* et non *hémorragipare*. Une *spirochétose cæcale, sanguicole* se rencontre également chez le cobaye scorbutique. Mais l'existence de ces *spirochétoses sanguicoles* sur la fréquence desquelles nous sommes encore loin d'être fixés n'implique, en aucune façon, cela va sans dire, l'inexistence des *spirochétoses hémorragiques*. Il serait même, croyons-nous, indispensable de ne pas admettre avec trop de facilité l'absence de lésions, notamment dans les cas qui comportent des ecchymoses bronchiques, car l'on ne saurait raisonnablement s'attendre à trouver de grosses altérations à l'autopsie des spirochétoses non gangréneuses qui, comme nul ne l'ignore, ne sont jamais mortelles par elles-mêmes.

***

Cliniquement, le polymorphisme symptomatique ne laisse pas, il faut l'avouer, d'être de prime abord quelque peu déconcertant. Les signes pathognomoniques font défaut. La fameuse douleur rétrosternale n'est, tout compte fait, qu'un symptôme assez vulgaire de trachéite, plus propre à démontrer la participation de la trachée au processus inflammatoire que la nature spirochétienne d'une trachéo-bronchite. Les hémoptysies sont loin d'avoir la constance et la signification qui, parfois, leur ont été arbitrairement conférées. L'hématolyse des expectorations sanglantes, désignée sous le terme assez impropre de *spatolyse*, peut manquer dans les spirochétoses les plus authentiques et se rencontrer dans la paragomiase. L'exotisme strict, inconciliable avec la distribution géographique, l'extrême contagiosité, contradictoire avec la sporadicité habituelle, ne résistent pas d'avantage à un examen attentif.

La discrimination entre symptômes imputables aux spirochètes et aux microbes associés, entre signes de spirochétose et tares du terrain laisse encore, on ne saurait le nier, beaucoup à désirer. Ces dernières remarques sont également valables pour la *spirochétose intestinale*, à propos de laquelle il faut en outre compter avec les difficultés, plus ou moins grandes suivant les circonstances cliniques, du départ entre phénomènes de souffrance iléale ou colique.

Il n'est pas jusqu'aux intermittences évolutives, relativement caractéristiques des spirochétoses chroniques, qui ne puissent faire défaut, non seulement et comme de raison, dans les formes aiguës, sujettes à tourner court mais aussi dans certaines formes traînantes où elles se trouvent masquées par des phénomènes d'une autre nature.

Enfin, les formes cliniques sont si nombreuses et si variées qu'à les envisager toutes, l'on se trouve, ou peu s'en faut, conduit à passer en revue toute la pathologie du poumon ou du gros intestin et, partant, à se convaincre que les spirochètes de la bouche sont bien vraiment des *microbes à tout faire*. L'extrême fréquence des formes latentes, pour peu qu'elle soit admise en principe, amène par contre, à envisager ces germes plutôt comme des *microbes à ne rien faire*, dont le développement constituerait moins une cause réellement morbifique qu'un test tantôt révélateur, tantôt camoufleur du processus par quoi il a été déclanché. De ce chef, la *bronchospirochétose* subit à son tour et, pour des motifs analogues, la crise de méfiance dont son aînée, la *colospirochétose* n'a pas encore définitivement triomphé (1).

***

Les choses, il est vrai, changent singulièrement d'aspect si l'on prend en considération les relations existant entre le polymorphisme symptomatique des spirochétoses et les variations topographiques des spirochètes.

Les variations topographiques des spirochètes une fois expliquées, comme celles des pneumocoques et des amibes, par le jeu combiné des causes secondes exogènes et des *loci minoris resistentiæ*, la diversité des signes physiques et fonctionnels n'a plus rien que de très naturel. Une trachéite et une bronchite, une colite droite et une rectite, pour relever d'un même agent étiologique, gardent bien entendu les caractéristiques qu'elles tiennent de leurs sièges anatomiques différents.

En tenant compte, d'une part, de la particulière fréquence des localisations trachéobronchiques, d'autre part, des rapports existant entre le *siège* des spirochètes et la *nature* des lésions (catarrhales et congestives dans la trachée et les grosses bronches, gangréneuses dans les bronchioles et les alvéoles), il devient légitime d'admettre que la *trachéobronchite hémorragique* ou *mucopurulente* et la *bronchopneumonie gangréneuse* constituent les deux aspects

(1) M. Waldorp publie à la *Société argentine de Biologie* du 9 mai 1924 (*C. R. Soc. Biol.* n° 23, 1924) 3 cas très suggestifs de colites à spirochètes et conclut que « la guérison clinique par un agent spirochéticide (stovarsol) accompagnant la disparition du parasite dans les selles est un argument qui fait croire à son rôle étiologique causal ». M. Pico s'empresse de spécifier que : « les exigences de Henle-Koch n'ont pas été satisfaites. On ne peut donc pas conclure définitivement sur le rôle pathogène de ces spirochètes. On ne peut pas parler en termes strictement bactériologiques de la présence exclusive de ces spirochètes. Les médicaments employés n'ont pas une action exclusivement spirochéticide. Il est probable que les modifications du milieu intestinal au cours des entérites favorisent la pullulation des spirochètes. »

M. Denœux (*Soc. de méd., de chir. et d'hyg. d'Alep. Marseille médical* du 24 juillet 1924 signale l'existence chez l'un de ses malades d'une entérite dysentériforme et d'une spirochétose bronchique et se demande si le spirochète était à l'origine des deux affections et conclut qu'il n'oserait l'affirmer.

© BIU Santé

principaux de la *spirochétose respiratoire* ; que la *colite à rechutes* et la *rectite dysentérigène* représentent, jusqu'à plus ample informé, les deux aspects majeurs de la *spirochétose intestinale*.

La révision des signes apparemment traducteurs de l'extension aux petites bronches, aux alvéoles aux plèvres, des spirochétoses non gangréneuses ne tardera pas à s'imposer et si, comme tout porte à le croire, elle démontre que les signes de *congestion* et de *condensation pulmonaire* se rencontrent exclusivement dans les *spirochétoses associées* soit à des pneumococcies, soit à des tuberculoses actives ou cicatrisées, la symptomatologie s'en trouvera allégée d'autant.

L'élimination des types exceptionnels contribuera, elle aussi, le moment venu à la réduction du nombre sans doute excessif des formes cliniques. Il est à peine besoin de spécifier que l'on ne saurait, dès maintenant, rejeter certains types cliniques sous prétexte que leur description est basée sur un nombre trop restreint d'observations, l'épreuve du temps permettant seule de décider en connaissance de cause si les types en question sont ou non inouïs.

Pour ce qui est des formes latentes, le degré de leur fréquence devra tout d'abord être précisé et l'on aura soin de ne pas ranger parmi les *bronchites latentes* les trachéites sous le prétexte pour le moins imprévu que la spirochétose étant par définition toujours bronchique, l'absence de râles ronflants est une preuve décisive de l'absence de tous signes physiques et, par suite, de latence. Le caractère latent des cas ayant présenté, à un moment donné, « quelque phénomènes pulmonaires », comportera également des réserves, car il faut, en certaines circonstances savoir compter avec la fugacité des signes stéthacoustiques dont la durée n'est pas nécessairement aussi longue que celle de l'infestation dont ils relèvent.

Le tableau clinique de la *spirochétose intestinale* ira sans nul doute en se simplifiant lorsque les grandes et les petites décharges de spirochètes fécaux seront plus méthodiquement distinguées, lorsque l'entérocolite fétide, susceptible de compliquer l'amibiase sera l'objet d'une attention plus soutenue.

Quoi qu'il en soit, il est d'ores et déjà permis d'avancer que la présence, dans des selles pâteuses ou glaireuses, d'un grand nombre de spirochètes peut fournir d'utiles indications sur l'existence d'une *colite* et, plus particulièrement peut-être, d'une *colite droite* ou *angulaire*.

La présence dans une expectoration d'un grand nombre de spirochètes est en mesure de fournir, à défaut de renseignements topographiques, en l'espèce inutiles, des renseignements dignes d'intérêt sur la nature de certaines bronchites et de certaines gangrènes pulmonaires.

La chimiothérapie, lorsqu'elle assure la guérison de ces états morbides, confirme la nature spirochétienne des processus envisagés et contribue de façon effective à la distinction des spirochètes pathogènes et saprozoïtes. Les résultats chimiothérapiques sont assurément moins nets et moins constants dans les *spirochétoses respiratoires non gangréneuses* que dans les *spirochétoses digestives* ; peut-être trouvera-t-on là, quelque jour, un moyen pratique pour distinguer les variétés *bronchialis* et *cæcalis* de *S. Vincenti*. En attendant, il est permis d'affirmer que les guérisons chimiothérapiques, enregistrées jusqu'à présent, n'ont certainement pas été toutes le résultat de coïncidences fortuites ou d'illusions (guérison spontanée, destruction d'un germe pathogène autre que les spirochètes, etc.)

Le camouflage éventuel du bacille de Koch ou du tréponème de Schaudinn par des spirochètes bronchiques, celui du vibrion cholérique ou d'*E. histolytica* par les spirochètes du côlon sont, à n'en pas douter, dignes de l'attention des médecins à cause des graves mécomptes qu'ils sont susceptibles d'occasionner aux observateurs non prévenus. Il va sans dire que la possibilité de tels camouflages doit nous inciter à la méfiance vis-à-vis des résultats bactériologiques négatifs et contradictoires avec les signes cliniques (*tuberculose hémoptoïque sans bacilles, choléra asiatique sans vibrions, amibiase sans amibes*). Elle nous impose de ne porter le diagnostic de *spirochétose primitive* qu'avec la plus grande circonspection et seulement par élimination.

Ces quelques indications suffisent à montrer que, malgré ses imperfections, la théorie de la *pathogénéité occasionnelle des saprozoïtes spiralés de la bouche* (1) n'est, somme toute, pas exclusive d'une exploitation sémiotique des *spirochétoses respiratoires* et *digestives*. Cette exploitation sémiotique, si elle manque parfois de simplicité, ne laisse pas d'être, en règle générale, très supérieure à l'expectative pure et simple.

Les anémies avec splénomégalie chez le nourrisson (2)

Par G. L. HALLEZ

Ancien Chef de Clinique des maladies de la Première Enfance,
Médecin Assistant de l'Ecole de Puériculture,
de la Faculté de Médecine de Paris.

Depuis Strümpell, on désigne par le terme assez vague d'anémies spléniques et mieux d'anémies avec splénomégalie, tout un groupe d'affections parfois très diverses quant à l'étiologie, mais caractérisées toutes par une augmentation notable et persistante du volume de la rate et par une anémie plus ou moins grave.

Les unes ne s'accompagnent, ni de leucocytose importante, ni de modifications considérables de l'équilibre leucocytaire : ce sont les *anémies spléniques* proprement dites ; les autres, au contraire, sont caractérisées par une augmentation du chiffre absolu des globules blancs, des troubles plus ou moins appréciables de l'équilibre leucocytaire, et enfin par l'apparition dans le sang circulant, d'éléments embryonnaires caractéristiques. Elles constituent un groupe intermédiaire entre les anémies simples et les leucémies ; on les appelle *anémies pseudo-leucémiques*.

Ces syndromes hémato-spléniques sont relativement fréquents au cours de la première enfance, surtout si l'on veut bien considérer les nourrissons du bassin méditerranéen en général ; ils présentent des particularités très intéressantes au point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement.

Pourquoi donc la rate s'hypertrophie-t-elle plus facilement au cours des anémies du jeune âge, et quelles sont les circonstances qui favorisent cette augmentation de volume ?

(1) La théorie de la *fusospirochétose cosmopolite* est plus satisfaisante que les théories moins compréhensives de la *bronchospirochétose tropicale* et de la *trachéospirochétose sanguicole*. Celle-ci accorde, semble-t-il trop d'importance aux résultats 0, d'ordre expérimental aussi bien que, thérapeutique, aux formes latentes et à la confusion des symptômes de la spirochétose avec les anomalies des spirochétiens. Celle-là est inconciliable avec les données de la protistologie et de la géographie médicale. Le conflit ou les compromis entre ces trois théories c'est, à proprement parler, l'état présent de la question sur laquelle il nous a paru opportun d'attirer l'attention des observateurs de l'Orient turc.

(2) Leçon faite aux Enfants-Assistés au cours de perfectionnement. (Service de M. le Pr Marfan.)

© BIU Santé

Les travaux de ces dernières années sur la physiopathologie de la rate vont nous permettre de répondre à ces questions.

Tout d'abord, la rate du fœtus concourt à la formation des hématies ; cette fonction cesse avant la fin de la vie intra-utérine, mais au cours des premiers mois, on peut voir se réveiller la fonction érythropoiétique de l'organe dans certaines conditions pathologiques.

Ses follicules lymphatiques (corpuscules de Malpighi) sont très développés chez le nourrisson, leur prolifération cellulaire est active : c'est ainsi qu'une partie des leucocytes mononucléaires du sang est fournie par le tissu lymphoïde de la rate.

Enfin, cet organe possède encore une fonction macrophagique ; il fragilise et détruit les globules rouges vieillis : c'est qu'en effet, le globule rouge étant dépourvu de noyau, centre trophique et nutritif, s'use plus vite que toute autre cellule (Rubens-Duval). Dans quelques cas au contraire, la rate peut défendre le globule rouge contre certaines agressions.

Ces considérations nous expliquent comment la rate peut prendre une part active à la régénération du sang altéré, à l'hémolyse des globules sénescents, à la neutralisation des toxines en circulation, et à la destruction des microbes ou parasites du sang.

Dans certaines circonstances, le processus défensif ou régénérateur dépasse le but, et l'hypertrophie de l'organe accompagne sa suractivité fonctionnelle.

Ajoutons que chez le très jeune enfant, la rate est facilement le siège de réactions hématopoiétiques rappelant la période fœtale ; elle se congestionne et s'hypertrophie plus facilement que chez l'adulte au cours des toxi-infections généralisées.

On voit ainsi l'importance sémiologique de la rate augmentée de volume, dans les affections du sang et des organes hématopoiétiques chez le nourrisson.

Quelles sont maintenant les conditions étiologiques qui déterminent le plus souvent les *anémies spléniques du nourrisson* ?

A) Le paludisme que nous observons rarement en France chez les enfants de premier âge, est cependant très répandu dans certaines contrées, où il constitue une des causes les plus communes de l'anémie des nourrissons avec grosse rate. Mieux placés que nous pour apprécier son rôle pathogène, les auteurs italiens et grecs lui attribuent une place de premier plan dans l'étiologie des anémies graves avec splénomégalie. Mais depuis la guerre de 1914-1918, les foyers de paludisme autochtone se sont multipliés chez nous, surtout depuis les expéditions d'Orient et depuis le séjour en France de nombreux indigènes parasités. Sans exagérer l'importance de ce facteur étiologique dans nos régions, nous rappellerons avec L. Tixier, qui a vu évoluer une anémie splénique paludéenne chez une fillette de 7 mois n'ayant jamais quitté Paris, quels sont les caractères hématologiques et cliniques de la maladie.

La teinte des téguments est pâle et cireuse, et l'anémie survient très précocement après l'infestation. Il faut savoir que plus l'enfant est petit, plus les accès fébriles s'éloignent des formes classiques (Laveran, Concetti, Cardamatis) sauf en cas de paludisme congénital, et que le paludisme primaire s'annonce souvent par une sorte d'embarras gastrique fébrile, avec élévations thermométriques irrégulières. Les stades de l'accès ne sont pas nets comme chez l'adulte ; il n'y a pas de frisson, pas de sudation profuse marquant la fin de l'accès ; enfin, chez le nourrisson « il n'y a pas de rapport constant entre la modalité fébrile et la nature du parasite, contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte » (L. Tixier).

L'anémie globulaire peut varier entre 1 et 2 millions (Cardamatis), osciller autour de deux millions et demi.

L'hémoglobine est fortement abaissée comme dans toute anémie du premier âge. Quant à la leucopénie, elle paraît moins fréquente que chez l'adulte ; ceci résulte de l'activité des organes hématopoiétiques du petit malade.

En ce qui concerne l'examen du sang, Tixier insiste sur la facilité avec laquelle on peut mettre en évidence : schizontes, rosaces et gamètes, même en dehors des accès. Il suffit pour cela de colorer les lames au panchrome Laveran, et de faire un examen suffisamment prolongé.

L'atteinte de la rate est constante. Dans le premier accès, elle ne semble pas se tuméfier, cependant la pression en est douloureuse. Si les accès se succèdent, elle devient bientôt accessible à la palpation, puis elle atteint des dimensions considérables pour l'âge du malade ; elle est assez dure, déborde toujours les fausses côtes et peut même, dans certains cas, atteindre la fosse iliaque gauche en bas, et l'ombilic dans le sens transversal.

Le foie est plus ou moins augmenté de volume.

B) La leishmaniose infantile est, comme le paludisme, exceptionnelle en France, encore qu'on en ait signalé quelques cas pendant ces dernières années à Marseille et ailleurs.

Si nous nous y arrêtons, c'est parce qu'elle détermine le type le plus parfait de l'anémie splénique infectieuse chez le nourrisson (Jemma, Pianèse, Nicolle, Lagane, Labbé et Ameuille, M. Acuña, etc.).

Appelée encore *anémie splénomégalique infantile méditerranéenne* ou *Kala-Azar infantile*, elle est due au piroplasme de Leishman et Donovan et s'observe surtout sur les côtes de la Méditerranée, où le chien est également atteint, les puces servant très vraisemblablement d'hôtes intermédiaires entre l'animal et l'enfant (Basile).

C'est en Italie, en particulier chez les enfants n'ayant pas atteint l'âge de 4 ans, qu'on rencontre le plus grand nombre de cas.

Une fièvre irrégulière, non influencée par la quinine, des troubles intestinaux, constituent les symptômes de la première période.

Dans la seconde période, on voit apparaître la teinte cireuse ou parfois sub-ictérique de la peau, différente de la pâleur terreuse du paludisme, et une anémie intense.

La formule hématologique n'a rien de caractéristique ; il y a à la fois : abaissement important du taux de l'hémoglobine et diminution du chiffre des hématies ; les hématies nucléées sont rares ; la leucopénie, qui est assez fréquente, est parfois remplacée par une légère lymphocytose, si bien que les caractères hématologiques se rapprochent assez de l'anémie paludéenne.

La constatation du parasite permet seule de poser le diagnostic. C'est par la ponction de la rate et l'examen du suc splénique que sa présence est facilement reconnue.

Cette ponction est commode à pratiquer parce que la rate est toujours très accessible ; tous ses diamètres sont augmentés si bien que l'organe occupe quelquefois la moitié gauche de l'abdomen et empiète sur la moitié droite, sa surface est lisse, les bords sont durs et les incisures sont généralement accusées.

Le pronostic, toujours grave, l'est d'autant plus que l'enfant est plus jeune ; avant la fin de la première année, d'après Jemma, l'évolution est courte et la mort est habituelle.

La syphilis héréditaire, constitue sous nos latitudes et

© BIU Santé

en Europe en particulier la grande cause des anémies du premier âge avec splénomégalie. Il faut reconnaître toutefois que le volume de la rate n'atteint généralement pas les mêmes dimensions que dans les deux maladies parasitaires que nous venons d'envisager. On sait toute l'importance que donne le Pr Marfan à l'augmentation de volume de la rate dans le diagnostic de la syphilis héréditaire du nourrisson. D'après son élève, Mlle Le Scornet, la syphilis héréditaire est la cause la plus fréquente de la splénomégalie dans les deux premières années de la vie, tout au moins dans nos climats tempérés : dans les six premiers mois, elle est presque toujours en cause, et lorsque la splénomégalie est congénitale, on peut conclure à la spécificité de l'un ou des deux ascendants directs.

Dans sa thèse sur le sang et les organes hématopoiétiques au cours de la syphilis héréditaire des enfants du premier âge, et reprenant les travaux antérieurs de Paris, J. Sevestre a étudié la question sous un autre angle. Il a montré que chez les nourrissons hérédo-syphilitiqués, il existe dans tous les cas, une altération de la formule sanguine.

Celle-ci peut présenter différents types, allant de l'anémie simple à l'anémie grave avec splénomégalie.

Cette anémie splénique ne se manifeste guère avant le 4e ou 5e mois ; elle survient chez les enfants plutôt gros et parfois chez les jumeaux (L. Tixier).

Quoiqu'il n'existe pas de signes hématologiques pathonomoniques de cette variété d'anémie, on peut souligner comme particulière une augmentation plus ou moins importante de la valeur globulaire lorsque le chiffre des globules rouges est nettement diminué, or on sait que dans les anémies simples du premier âge, la diminution de la valeur globulaire est de règle.

La réaction myéloïde est fréquente, c'est-à-dire que les hématies nucléées apparaissent dans le sang circulant en quantité plus ou moins notable ainsi que les myélocytes (cette dernière constatation ayant une importance assez grande au point de vue du diagnostic étiologique) ; enfin la leucocytose, lorsqu'elle existe, porte en particulier sur l'augmentation du taux des mononucléaires.

Quant au volume de la rate, on peut dire qu'il est notablement augmenté et que l'organe est facilement accrochable aux doigts au moment des inspirations. Cette rate dure et mobile n'est cependant jamais aussi grosse que dans la leishmaniose et dans le paludisme ; ses incisures ne sont pas aussi découpées. En revanche, le foie est généralement plus gros que dans ces affections parasitaires.

Très souvent, cette forme d'anémie accompagne un rachitisme précoce, à prédominance crânienne ainsi que l'a montré le Pr Marfan, et la toxi-infection spécifique cause à la fois la réaction osseuse et celle des organes hémato-lymphatiques.

Le pronostic de cette variété d'anémie est loin d'être toujours grave : un traitement énergique favorise souvent la guérison.

La Tuberculose, qui, chez les enfants déjà grands, peut déterminer une anémie curable (Aviragnet, Tixier), provoque parfois chez les enfants en bas-âge une hypoglobulie modérée avec lymphocytose légère. Il est rare que la réaction des organes hématopoiétiques soit très importante, et la réaction myéloïde en particulier est toujours très atténuée.

Cependant, la splénomégalie peut quelquefois atteindre « des dimensions aussi fortes que dans la syphilis (Tixier). Cette particularité, signalée assez rarement, est à retenir ; dans ces cas, il existe de la pâleur de la peau et des muqueuses, une micropolyadénopathie bien nette et une température subfébrile, dont l'origine est mise en évidence par la cuti-réaction.

La rate est grosse, non seulement à cause des phénomènes réactionnels dont elle est le siège, mais encore du fait de lésions tuberculeuses dans les cas où la splénomégalie est très accusée.

***

Les anémies avec grosse rate que nous venons de passer en revue reconnaissent une origine précise ; un examen clinique attentif et des recherches de laboratoire bien conduites permettent de poser un diagnostic étiologique et par conséquent de prescrire un traitement approprié.

Il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut, dans les anémies spléniques qui nous restent à envisager.

C'est le cas pour l'**anémie pernicieuse**, aussi « cryptogénétique » que chez l'adulte dans la plupart des cas et dont l'évolution est peut-être encore plus régulièrement fatale.

Son existence dans le premier âge a été niée pendant longtemps, mais depuis une dizaine d'années, des observations très complètes de Tixier, Ribadeau-Dumas, Enrico Mensi, montrent que les formes plastiques, hypoplastiques et même aplastiques sont moins rares qu'on ne le croyait autrefois.

La rate est hypertrophiée, et l'augmentation de volume de l'organe marche souvent de pair avec l'aggravation de l'hypoglobulie. Elle n'atteint cependant pas les dimensions manifestement exagérées qui valent aux autres anémies le qualificatif de « spléniques ».

Le terme le plus accusé de ces anémies spléniques à étiologie variable et souvent obscure est réalisé par cette forme décrite autrefois par von Jacksch, Hayem et Luzet sous le nom d'anémie pseudo-leucémique infantile Nous en avons fait ailleurs une étude détaillée (1) et nous ne ferons que résumer ici les principaux caractères de ce syndrome.

Chez des enfants au-dessous de deux ans en général, (120 fois sur 24 cas colligés par nous-même), on voit apparaître de façon insidieuse, de la pâleur, de l'asthénie, contrastant souvent avec un faux embonpoint, de la tristesse. La rate s'hypertrophie rapidement, et les dimensions de l'organe peuvent devenir considérables ; le pôle inférieur par exemple atteint parfois le voisinage du pubis et le bord interne peut aller jusqu'à l'ombilic. Cette rate est dure et lisse. Le foie est un peu gros, quant aux ganglions, ils sont en général normaux et les adénopathies signalées dans quelques observations n'atteignent jamais l'importance qu'elles ont dans les leucémies. Il peut y avoir une fébricule irrégulière, des œdèmes passagers.

Si la cause est découverte et surtout curable, le traitement peut amener rapidement la guérison ; mais le plus souvent, la mort survient sans qu'on ait pu porter de diagnostic étiologique exact, du fait de l'anémie progressive, plus rarement à la suite d'hémorragies, et fréquemment par infection secondaire, après quelques semaines ou quelques mois au plus.

L'examen du sang montre qu'il existe une leucocytose importante et un nombre très élevé d'hématies nucléées appartenant aux types les plus divers.

(1) G.-L. Hallez.— *Le Nourrisson*, mai 1920, p. 154 et janvier 1924, p. 24.

© BIU Santé

Le nombre des globules rouges est très abaissé, la quantité d'hémoglobine varie entre 40 et 60 %. La poïkylocytose, l'anisocytose, la polychromatophilie sont très marquées.

Les leucocytes atteignent les chiffres de 18.000, 25.000, 70.000 et plus par millimètre cube de sang.

Tantôt, la série myélocytaire prédomine (polynucléaires, myélocytes granuleux, orthobasophiles) ; plus rarement c'est la série lymphocytaire qui l'emporte. Quelquefois ce sont les éosinophilies qui paraissent rompre l'équilibre leucocytaire, si bien qu'on a pu isoler des cas d'anémie splénomégalique avec myélémie (Lehndorff, Weil et Clerc) ou d'anémie spiénomégalique avec lymphocytémie, ou encore avec éosinophilie (Raoul Labbé et Aubertin) sans que ces caractères hématologiques variables puissent permettre de créer, entre les types observés, des cloisons étanches.

La moelle des os et la rate sont le siège d'une réaction myéloïde intense ; la rate en particulier peut présenter des signes de réaction macrophagique et hématolytique, associés à de la sclérose pulpaire et capsulaire, comme dans nos observations personnelles.

Le foie peut participer aussi à la réaction myéloïde et prendre l'aspect du foie fœtal. Les ganglions lymphatiques, présentent à l'examen microscopique des follicules en activité, et peuvent dans les cas graves être également le siège d'une reviviscence myéloïde, comme le foie et la rate. En dehors des organes hématopoiétiques, on n'observe pas de néoformation lympho-myéloïde dans les autres parenchymes, du moins dans l'immense majorité des cas, ce qui permet de ranger les faits observés plus près des anémies que des leucémies proprement dites.

Quant aux causes exactes de cette affection, il est bien difficile de les préciser. Sur les 124 observations auxquelles nous avons fait allusion tout à l'heure, nous avons pu mettre en évidence 47 fois la syphilis héréditaire avérée ou très probable, 27 fois le rachitisme, 15 fois les troubles digestifs ou des fautes d'alimentation sérieuses, 11 fois la tuberculose chez les parents ou chez les petits malades, 7 fois seulement le paludisme, et dans 17 cas : l'étiologie était totalement inconnue.

En réalité, le syndrome de von Jaksch et Luzet semble bien être l'aboutissant de toxi-infections subaiguës ou chroniques, de phénomènes de carence encore mal connus, lorsque ces causes variables agissent sur un organisme tout jeune, apte à récupérer encore facilement son énergie hématopoiétique fœtale (P.-E. Weil et M. Bloch). Elles provoquent alors des réactions sanguines encore embryonnaires, avec prédominance dans la série hémoglobique et abondance des formes myéloïdes.

Nous ne pouvons insister ici sur la parenté et même sur l'identité qui, pour certains auteurs, existent entre le syndrome de von Jacksch-Luzet et les *sub-leucémies*, les *leucanémies*, et même les *leucémies vraies* mais nous ferons cependant remarquer que l'affection dont nous venons de résumer les principaux caractères, est susceptible de guérison, qu'elle s'écarte des leucémies vraies par de nombreuses différences et nous nous rangeons du côté des dualistes tels que Dominici, Hutinel, Marfan, Guinon et Simon, Vaquez et Aubertin.

***

Ainsi donc, les anémies s'accompagnant d'hypertrophie de la rate sont particulièrement fréquentes chez le nourrisson. En s'aidant des examens de laboratoire indispensables, des rayons X, de la ponction de la rate si c'est utile, on éliminera la maladie de Gaucher ou endothéliome splénique, la maladie de Banti, excessivement rare chez le nourrisson, les leucémies avérées et on aura alors à sa disposition toutes les données nécessaires à une thérapeutique bien réglée, étiologique et symptomatique à la fois.

Dans tous les cas, on redressera les moindres fautes de régime, on devra suppléer aux carences alimentaires, et on mettra l'enfant dans les meilleures conditions possibles d'hygiène corporelle et d'aération.

Si la syphilis héréditaire est en cause, on s'adressera de préférence aux injections sous-cutanées hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de composés arsenicaux, et aux frictions mercurielles dans l'intervalle des piqûres. Il faudra se méfier des doses trop massives d'arsenicaux., dont l'action sur les globules rouges pourrait être toxique, et de la médication bismuthique qui provoque souvent une légère anémie.

Les anémies spléniques d'origine paludéenne seront justiciables des injections intra-musculaires de formiate de quinine, à la dose d'un centimètre cube (0 gr. 05 ctg. par cmc.) d'abord quotidiennes et répétées 8 ou 10 fois, puis espacées de 3 ou 4 jours au cours des séries ultérieures. L'euquinine ou le tannate de quinine (*per os*), à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 ctg. 5 fois par jour seront réservés aux formes légères.

La redoutable maladie que constitue dans le bassin méditerranéen l'anémie par leishmaniose infantile était jusqu'ici dépourvue de médication spécifique.

Cependant, le stybényl (acéto-amino-phényl-stibinate de sodium), a donné de bons résultats à certains auteurs (Klippel et Monier-Vinard, J. Renault, Monier-Vinard et Gendron) qui ont dû faire jusqu'à 92 injections intra-fessières en plusieurs mois, soit 15 grammes de stybényl en tout, pour guérir une fillette de deux ans et demi.

Les anémies tuberculeuses évoluent trop souvent vers la mort, malgré une thérapeutique bien conduite.

Rappelons seulement que chez le nourrisson, on utilisera avec profit les injections intra-musculaires d'un cmc. de la préparation du Pr Marfan (éther sulfurique 3 cmc., huile d'olive stérilisée 7 cmc.) répétées par séries de 6 à 12 injections quotidiennes et associées aux préparations calciques et au jus de viande lorsque l'âge de l'enfant le permet. Rappelons avec Tixier, que les injections de sérum artificiel ou d'eau de mer doivent être rigoureusement proscrites chez ces petits malades, à causes des réactions thermiques qu'elles provoquent presque à coup sûr.

Lorsque le rachitisme est associé à l'anémie et à la splénomégalie, il faut instituer un traitement antisyphilitique presque toujours et d'une façon systématique un traitement récalcifiant par le chlorure de calcium et les rayons ultra-violets.

En dehors du traitement causal que nous avons essayé de préciser pour chaque cas particulier, il est évident que toute anémie du nourrisson avec ou sans hypertrophie de la rate est justiciable de la médication ferrugineuse, sans laquelle on obtient des résultats incomplets ; le protoxalate de fer à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 ctg suivant l'âge de l'enfant, la teinture de Mars (10 à 30 gouttes dans du sirop) constituent les meilleurs médicaments à base de fer.

Quant à l'anémie infantile pseudo-leucémique, on peut dire que l'étiologie souvent mal connue de ce syndrome obligera le médecin à recourir à un traitement symptomatique.

En dehors des médications ferrugineuse et arsenicale, il faut citer l'*opothérapie médullaire*, les *sérums hémo-*

© BIU Santé

poiétiques, l'*irradiation de la rate par les rayons X* (Raffaëli, Petrone et Zamboni), et parmi les dernières méthodes proposées, la *splénectomie* (Wolff, Griffin, Stilmann), dont le jugement appelle d'autres interventions et surtout la *transfusion du sang*, infiniment plus applicable au nourrisson. Raoul Labbé et Mlle Aizière préconisent la méthode des petites injections de 15 à 20 cmc. de sang maternel citraté répétées chaque semaine, après examen préalable des sangs de la mère (donneur) et de l'enfant (récepteur) pour dépister les incompatibilités sanguines.

LETTRE D'EXTRÊME-ORIENT

L'Institut Pasteur de Saïgon

Le public se fait une idée vague du rôle des « Instituts Pasteur »... il se représente dans ces établissements des savants austères qui se livrent à des recherches personnelles sans intérêt pour les profanes... Nous vivons dans un siècle de rendement pratique et les instituts Pasteur paraissent une survivance d'un autre âge... En réalité, si l'Institut Pasteur de Paris a été destiné à l'origine aux chercheurs désintéressés, il est rare, à l'heure actuelle que les directeurs d'Institut Pasteur ne se proposent pas une œuvre sociale, visant au bien-être des hommes.

Les frères Sergent, qui ont organisé à Alger un véritable centre d'hygiène d'une vaste colonie, ont eu des imitateurs. J'ai pu le constater en passant à Saïgon où le Dr Noel Bernard, assisté des Drs Bablet et Pons, ont établi l'œuvre pastorienne dans le sens de l'utilité sociale la mieux entendue. Les Français ne peuvent à l'étranger et dans les colonies entreprendre d'emblée une organisation complète comme les Anglais et les Américains parce que l'argent n'est pas accordé largement. En Extrême-Orient, l'Institut Rockfeller de Pékin est une organisation unique.

Il ne pouvait être question à Saïgon de réaliser un semblable plan. Les édifices se sont élevés pierre par pierre, l'ingéniosité du directeur s'adaptant aux conditions imposées par des circonstances étriquées. Le courage et la patience ont abouti à un résultat magnifique ; ceux qui oseraient adresser quelques reproches à la disposition des locaux seraient des gens superficiels ignorant le labeur prolongé qui aboutit aujourd'hui au résultat que j'ai eu la joie d'admirer ! L'origine de l'Institut Pasteur de Saïgon est le laboratoire de l'hôpital que Calmette a illustré. Aux laboratoires de cliniques se sont ajoutés ensuite les services de bacthériothérapie et, bien entendu, un service antirabique. Bientôt l'Institut Pasteur a réalisé la collaboration de la clinique et du laboratoire. La lutte contre la syphilis a été le premier objectif. Actuellement, le Dr Pons dirige avec activité et sagacité le service antisyphilitique et, pour donner un exemple du rendement, il a tous les jours au moins cinquante réactions de Wassermann à faire. Le Français en général considère l'indigène comme un sauvage, incapable de comprendre les acquisitions récentes de la Science. C'est une erreur complète. Pendant mon court séjour en Perse j'ai constaté la curiosité affinée des Persans, et bien entendu l'intérêt de suivre l'évolution d'une syphilis par les réactions humorales ne leur échappait pas. A Changhaï, des Chinois venaient aussi spontanément dans mon laboratoire pour me demander d'analyser leur sang... Les Orientaux sont aussi intelligents que nous, mais ils sont défiants, avec quelque raison d'ailleurs, car si le désintéressement est un élément d'esprit pastorien, il n'entre pas dans la constitution mentale de certains Européens qui s'expatrient...

Le Dr Noel Bernard, surtout soucieux de rendre service à la colonie, vient de confier un service antituberculeux au Dr Bablet et fera dans toute la colonie des inspections qui aboutiront à une prophylaxie méthodique. Le Dr Bablet, bactériologiste consommé, a profité de ses récentes vacances pour apprendre la radiologie et ainsi, il peut, se renseigner par toutes les ressources de la science, sur les cas soumis à son examen éclairé. La spécialisation à des inconvénients et à l'Institut Pasteur de Saïgon tout est organisé en vue du meilleur rendement pratique et par conséquent le tuberculeux est traité sous contrôle non seulement des examens de laboratoire, mais encore de la clinique et de la radiologie.

Comme à Paris, l'Institut de Saïgon s'est enrichi de laboratoire de chimie, L'utilité pratique est la seule directive ; on sait qu'une des richesses de l'Indochine est la production du caoutchouc, or l'un des laboratoires le mieux organisé est celui qui sert aux recherches sur la nature du latex et sur la qualité du caoutchouc. Il y a aussi un laboratoire de fraudes alimentaires.

L'Institut Pasteur se trouve aux confins de la ville, au milieu d'un jardin ombragé par des grands arbres. Les médecins logent sur place, et peuvent suivre leurs recherches depuis l'aube jusqu'à une heure avancée de la nuit. Ces travailleurs inlassables n'interrrompent leur besogne que pour aller voir des malades. Il n'y a pas d'hôpital dans l'enceinte de l'Institut Pasteur, mais les savants se transportent rapidement en automobile dès qu'ils sont appelés dans un hôpital, notamment dans celui de Cholon.

Il est à souhaiter qu'un lien s'établisse entre l'Institut Pasteur de Saïgon et les organisations d'hygiène en Chine. Nos confrères de Saïgon ont été les pionniers de l'hygiène scientifique en Extrême-Orient. Puisse leur œuvre avoir le rayonnement qu'elle mérite.

R. Porak.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Acute appendix or early pneumonia ? Some points in their differential diagnosis (Le diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë et la pneumonie au début). (R. St-Léger Brockman, *Practioner*, août 1924.)

Une température de 39° ou plus élevée est en faveur de la pneumonie, car elle ne se rencontre pas dans les premières 24 heures d'une appendicite ; mais la septicémie pneumococcique précède l'apparition des signes d'auscultation ; donc il faut en pareil cas ausculter le thorax plutôt que palper la fosse iliaque droite. Le pouls augmente de fréquence plus rapidement dans la pneumonie que dans l'appendicite ; il est surtout plein et bondissant. Une leucocytose de 25.000 ou plus est en faveur de l'invasion pneumococcique. La contracture des fibres inférieures du muscle oblique externe pendant une inspiration profonde est en faveur de l'appendicite, l'infection péritonéale détermine du spasme de la paroi abdominale et limite les mouvements respiratoires. J. Lafont.

La bacteria de la Tuberculosis (La bactérie de la tuberculose). Joaquim Ravetllat et R. Pla. y Armengole, *Publicaciones del Instituto Ravetllat-Pla*, Barcelone, mai 1924.)

La bactérie de la tuberculose se présente dans l'organisme sous trois formes différentes réversibles entre elles et résultant de

© BIU Santé

leur adaptation au milieu dans lequel elles vivent. 1° La bactérie d'attaque, forme de grande vitalité, vulgaire coccus, se trouve dans toutes les lésions inflammatoires. 2° La bactérie intermédiaire représente une phase de résistance et une perte de vitalité ; elle se rencontre de préférence dans le pus. 3° Le bacille de Koch correspond à un développement pénible et à une puissance germinative faible ; il a adopté une forme de grande résistance et se trouve surtout dans les tubercules. Cette conception originale ouvre de nouveaux horizons sur la pathogénie, la clinique et la prophylaxie de la tuberculose.

J. LAFONT.

Intraarticular dislocation of the patella (La dislocation intraarticulaire de la rotule). (K. Paterson BROWN, *Edinburg Medical Journal*, juillet 1924.)

L'A. désigne sous le terme de dislocation le déplacement par lequel la rotule se trouve entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia, avec ou sans rupture de l'insertion du quadriceps. Il rapporte une observation personnelle ; un jeune homme de 17 ans fut renversé par une auto, qui le projeta contre un tramway lequel détermina une plaie pénétrante du genou droit sans écrasement. Sous anesthésie générale, on constata que l'extension était impossible ; il s'écoulait du sang et de la synovie ; la rotule était coincée entre les surfaces articulaires tibiale et fémorale ; le quadriceps était désinséré, les ligaments croisés et rotulien intacts. Le quadriceps ayant été suturé à la rotule et la plaie fermée et drainée, la réunion se fit par première intention avec une restitution fonctionnelle satisfaisante. Ce cas est très rare dans la pratique et la littérature n'en contiendrait que dix observations.

J. LAFONT.

The calcium and phosphorus content of the blood in normal and rachitic children (La teneur du sang en calcium et en phosphore chez les enfants normaux et rachitiques.) (GRACE H. ANDERSON. *The British Journal of Children's Diseases*, avril-juin 1924.)

La teneur du sang en calcium de 40 enfants normaux, de 2 mois à 11 ans, varie de 6,4 à 9,5 milligrammes pour 100 c. c. ; elle paraît diminuer très légèrement avec l'âge. Dans 45 cas de rachitisme, la teneur variait de 6,0 à 9,9 milligrammes pour 100 c. c. Il ne semble pas y avoir de rapport entre la gravité de l'affection et la dose de calcium.

La teneur du sang en phosphore de 49 enfants normaux de 3 mois à 13 ans, oscillant entre 3,7 et 5,8 milligrammes pour 100 c. c. ; ni le régime ni l'ingestion de phosphore ne paraissent avoir une influence sur les variations du phosphore. Dans 29 cas de rachitisme, les chiffres obtenus furent inférieurs aux précédents, bien que certains enfants, nettement rachitiques, aient présenté une quantité normale. Ces cas ne font pas partie du type d'insuffisance calcique, décrit récemment en Amérique, puisque l'analyse n'a pas montré de déficit en calcium.

J. LAFONT.

Diverticulitis of the pelvic colon (Diverticulite du côlon pelvien). (C. GORDON-WATSON, *Bristol Medico-chirurgical Journal*, juillet 1924.)

L'inflammation des diverticules donne lieu à trois syndromes : 1° les manifestations aiguës associées à la perforation, qui ne peuvent être distinguées de l'appendicite que par leur localisation à gauche ; 2° la suppuration subaiguë, qui simule l'abcès appendiculaire, mais qui se caractérise par la tendance à la fistulisation ; 3° le type hyperplastique qui simule le cancer par les phénomènes d'obstruction.

Le traitement opératoire se fait en un temps (résection et anastomose), deux temps (d'abord anastomose, puis résection secondaire), ou trois temps (ablation de la tumeur ; colostomie ; anastomose.)

J. LAFONT.

The treatement of syphilis (Le traitement de la syphilis). (W. R. SNODGRASS, *Glasgow Medical Journal*, juin 1924.)

Dans les trois premiers mois, on pratique 10 injections de novarsénobillon ou de néokharsivan (spécialité anglaise) variant de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 ; et 10 injections de calomel, de bismuth ou d'iodobismuthate de quinine ; au début du 3e mois on donne une potion iodurée. Au début du 4e mois, si le Wassermann est négatif, on prescrit des pilules d'Hutchinson pendant deux ans ; s'il est positif on ajoute aux pilules 5 injections d'arsenic et 5 injections de mercure ou de bismuth (pendant une période de 2 mois).

Dans la syphilis secondaire, on pratique la réaction de Wassermann tous les six mois, et si elle est négative, on la recherche dans le liquide céphalo-rachidien ; si elle est alors positive, on pratique des injections intra-veineuses d'arsenic et d'iodure de sodium.

La plus grande difficulté de la thérapeutique antisyphilitique, c'est le malade lui-même. Il n'y a aucun intérêt à en faire un syphiliphobe, mais il est indispensable qu'il se rende compte du danger d'un traitement insuffisant.

J. LAFONT.

Clinical and pathological observation on gastric syphilis. (Contribution cliniqueet pathologique à la syphilis gastrique). (WILLIAM A. BRAMS et Léon BLOCH. *American Journal of syphilis*, juillet 1924.)

La syphilis gastrique est probablement plus répandue qu'on le suppose d'habitude. Les manifestations cliniques sont : la douleur abdominale, l'hypoacidité, l'amaigrissement, la perte des forces ; l'examen radioscopique et la réaction de Wassermann confirment le diagnostic. L'allure clinique dépend de la nature du processus syphilitique et revêt les formes de l'ulcération, de la tuméfaction, de la sténose ou de la linite plastique. Les lésions anatomiques consistent dans l'hypertrophie de la muqueuse, l'infiltration péri-vasculaire, les gommes, l'artérite, la phlébite et l'infiltration lymphatique diffuse. Tous les cas de cancer inopérables recevront un traitement antisyphilitique, qui devrait être essayé même dans les cas opérables.

J. LAFONT.

L'origine e le cause della cianosi nelle anomalie congenite del cuore (L'origine et les causes de la cyanose dans les anomalies congénitales du cœur). (Francesco GIUGNI, *Cuore e Circolazione*, juillet 1924.)

La cyanose congénitale est déterminée par une insuffisance de l'hématose, due à un mélange des sangs artériel et veineux et relevant d'une anomalie cardiaque. Cette insuffisance influe principalement sur les terminaisons nerveuses, qui président au tonus des vaisseaux périphériques, ce qui produit un ralentissement du courant sanguin. La stase capillaire favorise la pigmentation du derme et des muqueuses, par suite du dépôt et de la transformation des pigments sanguins ; cette pigmentation est indélébile.

J. LAFONT.

Observazioni sopra una piccola epidemia di dengue (Observations sur une petite épidémie de dengue). (Mario GIORDANO. *Annali di Medicina navale e coloniale*, mai-juin 1924.)

Compte rendu d'une épidémie de 70 cas de dengue, observés à bord du navire « Amiral-Magnaghi » au cours d'une campagne hydrographique et scientifique dans la mer Rouge. L'ingestion de vingt centigrammes de sulfate de quinine par jour paraît être le meilleur préventif.

J. LAFONT.

La psiquiatria moderna y las ideas de Bleuler. (La psychiatrie moderne et les idées de Bleuler). (J. M. de VILLAVERDE. *Siglo Medico*, 12 juillet 1924.)

Avant Bleuler, les doctrines orthodoxes étaient celles de Krae-

© BIU Santé

pelin qui avait isolé deux grandes entités : la folie maniaque dépressive et la démence précoce. Bleuler a donné un rude coup à cette division ; il montre, en étudiant le diagnostic différentiel, que seule la schizophrénie possède des « symptômes spécifiques » ; ce sont des états d'obnubilation, d'emprise et de confusions psychiques, qui représentent le plus haut degré d'exagération épisodique du trouble fondamental des synthèses psychiques. On assiste à la démolition des entités classiques, qui s'étaient généralisées dans les dernières années.

J. LAFONT.

La Semana antituberculosa en Madrid (La semaine antituberculeuse de Madrid). (*Revista de Tubeculosis* juillet 1924.)

L'assemblée médicale, sous la présidence d'Espina, a organisé un Comité central, composé d'une section administrative et d'une section technique, et créé une Ecole de phtisiologie. La commission des Dispensaires a étudié le rapport de ces centres antituberculeux avec les Sanatoria et les Hôpitaux. La section des Sanatoria marins s'est également réunie. La reine a visité le Sanatorium d'Humera, dirigé par Verdes Montenegro, et assisté à l'inauguration d'un pavillon.

J. LAFONT.

La vaccinoterapia nelle infezioni (La vaccinothérapie dans les infections à pyogènes). (A. BRUSCHETTINI, *La médecina Italiana*, juin 1924.)

Les vaccins ne sont fortement actifs et curatifs que si l'on abandonne les milieux de cultures ordinaires pour adopter l'animal vivant ; tel est le point de départ des études de B., c'est par le passage en milieu de culture vivant que les microbes manifestent le mieux leurs propriétés végétatives, pathogènes, immunisantes. L'A. prépare 2 vaccins, l'antipyogène (streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, colibacille) et l'antigonococique (gonocoque, pseudodiphtérique, entérocoque, pseudogonocoque, staphylocoque de l'urètre). Le nombre de microbes injectés n'a pas d'importance à un million près, parce qu'une partie a été autolysée et détruite par les leucocytes et leurs ferments. Les succès ont été constants dans un grand nombre d'infections (phlegmon, furonculose, angine de Ludwig, phlegmon gangréneux, ostéomyélite, salpingite, appendicite, abcès du poumon, cholécystite angiocholite, fièvre puerpérale, broncho-pneumonie grippale), comme le montre l'emploi médical fait en Italie, en France, en Belgique, en Espagne et en Amérique du Sud.

J. LAFONT.

Treatment of acute septic ostéomyelitis of the long bones (Traitement de l'ostéomyélite aiguë septique des os longs). (Emile HEDLUNG. *Acta chirurgica scandinavica*, mai 1924.)

L'A. a utilisé le procédé opératoire suivant sur 21 malades : il évide largement l'os atteint et enlève soigneusement tout le tissu osseux malade ; il introduit dans la cavité des tubes de Carrel et lave au Dakin ; il draine les abcès des parties molles, pratique une hémostase rigoureuse et suture. Le 12e jour on cesse les lavages, on enlève les drains et les points de suture. Les avantages de cette méthode seraient l'absence de douleur pour le malade (pas de tampon à changer), le raccourcissement de la durée de la maladie et par suite du séjour à l'hôpital, (101 jours au lieu de 261 en moyenne), et la suppression de la nécrose osseuse et des séquestres.

J. LAFONT.

The treatment of the fractures of the neck of the femur. (Le traitement des fractures du col du fémur). (R. FALTIN. *Acta chirurgia scandinavica*, juillet 1194.)

Les fractures du col du fémur doivent être traitées sous le contrôle radiographique. Sauf dans les cas où il y a pénétration sans gène fonctionnelle, il faut réduire et obtenir une coaptation des fragments avec un maximum de raccourcissement d'un centimètre. Pour les fractures médianes, on emploie la méthode de Whitmann (plâtre circulaire en rotation interne et en forte abduction) ; pour les fractures latérales on maintient au moyen d'un plâtre ou de l'extension continue. L'immobilisation durera 3 mois ; le malade restera un mois encore au lit. Les cas de pseudarthrose, accompagnés de douleurs ou de troubles fonctionnels, relèvent de l'opération (soit de la greffe autoplastique, soit de la méthode de bifurcation de Lorenz).

J. LAFONT.

NECROLOGIE

Le Professeur Lacassagne

Le professeur Lacassagne vient de mourir. Avec lui disparaît le chef de l'Ecole lyonnaise de médecine légale et le fondateur de la police scientifique.

« Ce sage, dit *Le Progrès de Lyon*, dont nous reproduisons la notice nécrologique, veillait sur sa vie comme sur la flamme sacrée.

Depuis plus de cinquante ans il préparait sa longévité comme un chef-d'œuvre. Ordonné, méticuleux, persévérant, il se tenait strictement aux règles d'hygiène, dont une expérience sagace lui avait enseigné la valeur.

Professant que l'art de vivre doit être le premier de tous les arts, que l'homme riche d'années et de savoir constitue un trésor social incomparable, il ménageait avec une attention de tous les instants cette machine à agir, à penser que la plupart des humains surmènent, détraquent si inconsidérément.

Ainsi à quatre-vingt-un ans il était demeuré alerte de corps et d'esprit, avide de voir, de savoir. Tous les matins, pour peu que le temps fût « sortable », on était sûr de rencontrer le professeur Lacassagne, accomplissant, d'un pas assuré, sa promenade des quais, du pont Wilson au pont de l'Université. Souvent un ancien disciple ou bien un de ces journalistes dont il fut si longtemps la Providence souriante et généreuse, le saluait, allait à lui.

Le contentement illuminait alors le visage du vieux maître et, tout de suite, s'engageait sur les hommes et les faits du jour, qu'il connaissait à merveille, une conversation substantielle pétillant de malice.

La causerie prenait fin sur un conseil vital : « Prenez garde,... vous brûlez votre vie. Mesurez votre effort, il y a assez de risques de mourir. Ménagez-vous toutes les chances de vivre bien portant et longtemps ».

Le prudent, le prévoyant songeait à tout... sauf à l'accident soudain, brutal, absurde qui déjoue toutes les précautions. En février dernier, comme le professeur Lacassagne sortait pour sa promenade, une auto qu'il n'avait pu voir, ni entendre, le fauchа au bord du trottoir. Précipité sur le pavé, affreusement meurtri au visage et sur tout le corps, le savant fut remonté chez lui. Un moment l'on espéra que les soins éclairés qui l'avaient entouré dès la première minute le sauveraient d'une conséquence grave. Quelques semaines tout alla bien, mais, bientôt, des troubles apparurent, témoignant que le cerveau puissant et délicat avait été lésé.

Lacassagne s'est éteint hier matin, à onze heures, dans la quatre-vingt-deuxième année de son âge.

Nous avons pu le voir sur son lit de mort. La sérénité du sommeil suprême donne à son visage une ressemblance étonnante avec les dernières effigies de Victor Hugo.

Né à Cahors, en 1843, cinq ans après Gambetta, il entretint avec le tribun républicain les relations les plus affectueuses. Ayant accompli ses études médicales à Montpellier, il vint ensuite à l'Ecole de médecine militaire, de Strasbourg.

© BIU Santé

Admis au Val-de-Grâce, il conquiert de haute lutte, d'abord l'agrégation de médecine militaire ensuite l'agrégation de médecine générale près la Faculté de Montpellier.

Dès le début de la guerre de 1870, il est enfermé à Strasbourg, puis emmené prisonnier en Allemagne.

Entre temps il avait été promu aide-major aux dragons de l'impératrice, dans la garde impériale. A son retour de captivité il reprend du service en qualité de médecin-major aux bataillons d'Afrique. C'est là qu'il commence à étudier les stigmates du déséquilibre psychique et de la criminalité, notamment les tatouages.

Il rédige dans l'Encyclopédie médicale de Dechambre l'article : tatouages. Ce travail original, déduit d'une série d'observations merveilleusement analysées, lui vaut dans le monde scientifique une notorité précoce, éclatante.

A ce moment la jeune Faculté de médecine de Lyon, recrutait ses premiers maîtres. L'on songe immédiatement à Lacassagne pour la chaire de médecine légale et de toxicologie.

Lacassagne, pressenti, répond : « Pour la médecine légale, soit, j'en sais un peu et j'apprendrai le reste... pour la toxicologie... je n'y connais rien et je me récuse. »

Déférant à ce scrupule, le conseil de la Faculté dédoubla la chaire, donnant à Lacassagne la médecine légale, à M. Paul Cazeneuve, la toxicologie.

Il succédait à l'excellent médecin Clément, qui pendant un an, avait rempli les fonctions de professeur, et il eut, tout de suite pour collaborateur, Coutagne, médecin expert du palais, qui lui ouvrit les trésors d'une expérience avisée.

Très actif, attentif à tous les résultats de l'avancée scientifique, prenant son bien partout où il le trouvait, le jeune professeur prend, très vite, à côté de Brouardel, la première place de l'Ecole médico-légale française. Il amasse, dès ce moment, les premiers éléments de la médecine légale positive, de la preuve judiciaire fondée sur des constatations irréfragables, de la police technique telle qu'on la voit aujourd'hui agir et grandir.

Son diagnostic de la mort violente ou de la mort lente par la docimasie hépatique ; ses travaux sur l'identification par les ossements, par les dents, par les ongles, par les taches, par les empreintes, par les résidus relevés sur le criminel, sur la victime, sur les lieux du crime... tout cela forme bientôt un corps de doctrine qui s'impose bien vite.

Cependant, il soutient avec Lombroso, une polémique philosophique retentissante. Alors que le grand criminologiste italien proclame que le criminel apporte, dès le berceau, la tare tragique, que l'épilepsie est l'équivalent pathologique du crime, Lacassagne, montre que si la tare originelle est souvent incontestable, il y a aussi et le plus souvent la déformation du milieu, les entraînements, les intoxications qui déterminent le criminel.

L'argumentation précise et tenace de Lacassagne finit par l'emporter sur les larges pensers généralisateurs de Lombroso. Et les deux adversaires finissent par se retrouver à Lyon, en 1908, mais dans la même glorification, au congrès pour l'avancement des sciences.

Avec Coutagne et Alfred Bournet, il fonde les *Archives d'anthropologie criminelle* qui, trente années durant, rassemblent tous les travaux originaux de médecine légale.

Il publie son Traité de médecine légale qui, réédité sans cesse, est un modèle de leçons pratiques précises.

Il inspire d'innombrables recherches de criminologie, les unes sur les sujets de la plus brûlante actualité, les autres sur des cas curieux de pathologie historique, comme les études psychologiques sur Jean-Jacques Rousseau, Marat, Beethoven, Diderot, Alfred de Musset, etc., etc.

Son activité de médecin légiste n'en est pas ralentie. Au contraire ; on le trouve dans toutes les grandes affaires criminelles qui passionnent l'opinion publique : c'est lui qui établit l'identité de Gouffé, sur le cadavre désagrégé trouvé dans les fourrés de Millery c'est lui qui fait découvrir le lieutenant assassin Anastay ; c'est lui qui débrouille le mystère de Thodure par les insectes trouvés sur le corps de la victime ; lui encore qui fait avouer le jeune assassin Gaumet, en le désignant formellement comme l'auteur des évacuations trouvées sur le lit de la vieille femme égorgée ; ses rapports sur l'assassinat du président Carnot, sur Vacher, le tueur de bergers ; sur Vidal, le tueur de femmes ; sur Tavernier, l'homme dans la malle, restent célèbres dans l'histoire moderne du crime.

Il fonde encore, à la Faculté de médecine, le musée d'anthropologie criminelle, puis le musée historique de la médecine.

Il crée, avec le professeur Garraud, la Société des prisons, qui s'efforce d'arracher les prisonniers libérés à la pente maudite.

***

Intelligence extrêmement vive, persévérante, tenace, avide de tout savoir — ce qui s'appelle savoir — exactement, utilement, Lacassagne ne dédaignait aucune source d'information.

Dans ses expertises, il ne laissait aucun détail dans l'ombre. Il n'abandonnait pas un indice qu'il n'en eût trouvé l'explication. Pour cela, il allait droit chez le technicien, artisan, commerçant, employé, et recueillait précieusement ses avis.

Professeur, il fut pour tous ses élèves, qui tous sont restés ses admirateurs, ses amis, l'inspirateur, l'animateur par excellence.

Il enseignait admirablement, et son esprit ingénieux, armé d'une culture littéraire remarquable, savait trouver toujours le mot juste, l'image saisissante qui illustre la démonstration et la grave, indélébile, dans la mémoire.

Sa mémoire à lui était d'ailleurs prodigieuse, il savait tout Victor Hugo, tout Musset et la plupart des grands poètes du dix-neuvième, à peu près dans tous leurs textes.

Epris de belles choses, il a rassemblé une collection de toiles et de sculptures de tout premier ordre. Sa bibliothèque n'était pas moins riche. Il en a donné une partie à la ville de Lyon, avec ce fonds Marat, qui forme ce qu'on a recueilli de plus complet sur l'histoire du fameux agitateur révolutionnaire.

Lacassagne, très ordonné et ménager dans le privé, s'est montré prodigue envers la collectivité. Professant qu'on doit rendre à la cité tout ce qu'elle vous a donné, il lègue à la ville toutes ses collections de livres et d'objets d'art.

Il a aussi spécifié dans son testament que ses obsèques doivent avoir lieu sans cérémonie d'aucune sorte, sans discours.

Le grand savant disparaît ainsi dans le resplendissement de la plus féconde carrière, où tout fut travail, conscience.

ANALYSES

Rupture spontanée de l'utérus chez une Vpare au début du travail consécutive à une opération césarienne pratiquée lors de la 3e gestation. (J. L. Chirié. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 18 juillet 1921, *in Bull. de la Soc*, 1921, n° 6, p. 383.)

A propos de cette observation où le diagnostic hésitant dut être précisé par une laparotomie exploratrice qui fit découvrir l'œuf intact énucléé dans l'abdomen, l'auteur rappelle les risques de rupture possible des utérus césarisés et insiste sur le danger que présente l'emploi du catgut comme matériel unique de suture.

C. Couvreux.

© BIU Santé

Kyste dermoïde de l'ovaire. Opération césarienne. Ovariotomie. (Plauchu. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 3 déc. 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 524.)

Discussion : Commandeur, Bouget.

Dans le cas particulier, où la tumeur qui obstruait l'excavation pelvienne avait l'apparence d'un kyste séreux alors qu'il s'agissait en réalité d'un kyste dermoïde qui adhérait de partout, l'auteur se félicite d'avoir préféré la voie abdominale à la voie vaginale.

C. Couvreux.

Deux cas de thrombus vaginal. (Fabre et Rhenter. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 17 déc. 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 538.)

A propos de ces deux observations, les auteurs présentent des réflexions sur la fréquence, la localisation, les symptômes, le diagnostic et le traitement des hématomes vaginaux.

C. Couvreux.

Kyste de l'ovaire dystocique. Ovariotomie dans les suites de couches. (Gilles et Gay. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 24 mars 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 682.)

Gestation compliquée de kyste de l'ovaire, troublée par des hémorragies, interrompue par un accouchement prématuré avec présentation de l'épaule, et suivie d'infection légère du post partum par rétention lochiale qui a retardé l'ovariotomie.

C. Couvreux.

Deux cas d'inertie utérine. Enfants morts. Absence de forceps. Extraction du fœtus au moyen du davier de Farabeuf après réduction de la tête. (Tourneux. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 24 mars 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 686.)

En l'absence de forceps, réduction du volume de la tête du fœtus mort à l'aide de ciseaux et extraction avec le davier de Farabeuf.

C. Couvreux.

Enfoncement du pariétal au cours d'une extraction tête dernière. (Voron et Delorme. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 17 déc. 1920 *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 535.)

L'enfoncement du pariétal au cours de l'extraction pratiquée cependant sans violence sur cette tête dernière dans un bassin diminué dans son diamètre antéro-postérieur, mais déjà traversé sans incident par trois enfants volumineux, était considérable, et ne s'accompagnait d'aucune fracture apparente. Il fut remarquablement toléré.

C. Couvreux.

Un cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse. (Trillat et Emery. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 9 juillet 1920, *jn Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 500.)

Rupture spontanée de l'utérus au 7e mois chez une femme de 32 ans qui en était à sa 6e gestation, qui fut opérée le lendemain et guérit. L'amincissement du muscle utérin aux bords de la rupture pourrait s'expliquer, suivant les auteurs, par les curettages subis antérieurement.

C. Couvreux.

Kyste de l'ovaire et grossesse, ovariotomie. (Dambrin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 25 février 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 670.)

L'augmentation rapide du kyste, ses dimensions considérables (15 litres de liquide) qui rendaient d'ailleurs difficile le diagnostic de la gestation au troisième mois, indiquaient formellement la nécessité de l'ovariotomie qui n'arrêta pas l'évolution de la gestation.

C. Couvreux.

Accouchement spontané dans un cas de fibrome prævia. (Voron et Rhenter. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 3 déc. 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 516.)

Malgré la présence de la tumeur pelvienne qui paraissait devoir faire obstacle à l'engagement de la tête fœtale, l'expectation fut admise et c'est seulement pendant le travail, au cours de la dilatation que se produisit l'ascension spontanée du fibrome permettant un accouchement normal.

C. Couvreux.

Accouchement spontané dans un cas de kyste prævia. (Voron et Bouget. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 17 déc. 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*. 1920, n° 6, p. 543.)

Discussion : Commandeur, Bouget.

Dans le cas particulier, l'abstention chirurgicale au cours de la gestation avait été justifiée par le diagnostic tardif de kyste de l'ovaire prævia (au 7e mois), d'autant plus que des examens répétés laissaient espérer une réascension de la tumeur qui se produisit en effet au cours du travail.

C. Couvreux.

Hématocolpos. Hématométrie chez une jeune fille de 17 ans. Evacuation par ponction au bistouri. Cicatrisation spontanée. Hyménéoplastie secondaire. (Séjournet et Millet. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 20 juin 1921; *in Bull. de la Soc.*, 1921, n° 5, p.302.)

Syndrome douloureux abdominal intense avec présence d'une tumeur simulant un utérus gravide ou un kyste de l'ovaire. Evacuation par ponction au bistouri donnant issue à plus de 2 litres de liquide. La cicatrisation spontanée de l'orifice de ponction nécessita une seconde opération suivie de l'hyménéoplastie.

C. Couvreux.

Un cas de choroïdite au cours d'une infection colibacillaire gravidique. (Paucot et Teilliez. Soc. d'obst. et de gyn. de Lille, 23 février 1921, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921, n° 4, p. 231.)

Les auteurs ont attribué les lésions de choroïdite diagnostiquées à l'ophtalmoscope à l'existence d'une coli-bacillose caractérisée par une bacillurie permanente et par une infection décelée par l'hémoculture sans manifestations générales nettes ni manifestations rénales précises.

C. Couvreux.

Présentation d'un support pour l'examen des nourrissons dans la station debout et d'un dispositif pour l'immobilisation en radiographie. (Barret et Chauffour. Soc. de radiologie méd. de France, 14 févr. 1922, d'après le C. R. de la *Presse Médicale*, 4 mars 1922, p. 197.)

Modèle du châssis porte-bébé que les auteurs utilisent pour l'examen vertical et du dispositif de contention dont ils se servent actuellement.

Henri Vignes.

Sterility (la stérilité). (Bethel Solomons. *Surgery, gynecology and obstetrics*, mars 1920, p. 173.)

La stérilité n'est pas toujours imputable à la femme. Elle peut se produire par la faute de l'homme, soit qu'il n'y ait pas de spermatozoïdes dans le sperme, soit que le sperme n'arrive pas à atteindre l'orifice cervical. En dehors de ces cas, il faut faire subir à la femme un examen complet. En premier lieu, observer l'hypertrophie du corps thyroïde, le développement des seins, l'obésité.

Du côté de *la vulve*, examiner l'orifice vulvaire, rechercher les signes d'inflammation, la douleur de l'orifice uréthral, ou si l'hymen est intact, rechercher les taches, la gonorrhée, les tumeurs, les anomalies.

Vagin. — Outre la sténose du vagin et les kystes vaginaux, il faut attacher la plus grande importance à l'hypersécrétion vaginale, sécrétion alcaline dans laquelle le spermotozoïde ne peut vivre que 3 heures.

© BIU Santé

Col. — Traiter la sténose du col par la dilatation ; l'érosion du col par l'amputation par les méthodes de Schrœder ou de Pozzi et Dudley ; les polypes, par l'ablation.

Utérus. — L'endométrite peut être traitée par les moyens médicaux et, quand il y a lieu, par le curettage.

Le fibrome et la stérilité vont habituellement de pair : la myomectomie est l'opération de choix quand elle est possible.

Les déviations de l'utérus sont une cause fréquente de stérilité et doivent le plus souvent être traitées chirurgicalement par la méthode de Doléris.

Annexes. — Les lésions des annexes sont la cause la plus fréquente de stérilité ; la salpingotomie et la salpingoplastie donnent dans bien des cas d'excellents résultats et peuvent être suivies de gestations ultérieures. Le kyste de l'ovaire doit être opéré.

Quand on n'aura pas trouvé de lésion, il faudra recourir aux extraits de glandes à sécrétion interne, particulièrement l'extrait d'ovaire et de corps jaune. En fin de compte, on pourra recourir à la fécondation artificielle au moyen de la seringue de Braun. F. HIDDEN.

The non operative determination of pateney of Fallopian tubes. (Comment on peut reconnaitre sans opération la perméabilité des trompes de Fallope). (I. C. RUBEN. *The Journ. of A. M. A.*, 4 septembre 1920, p. 661

L'auteur affirme qu'il est possible par insufflation d'oxygène et production d'un peumopéritoine de savoir si la trompe est perméable et, ceci surtout dans les cas de stérilité auxquels on a essayé de remédier sans succès. La fécondation peut souvent être rendue impossible par obstruction de la trompe, aussi bien au niveau de l'*ostium uterinum* qu'au milieu ou au niveau du pavillon ; il peut suffire pour cela d'un petit polype avoisinant l'orifice utérin, d'un noyau de salpingite, d'un hydrosalpinx ou d'une malformation quelconque, éperon qui ferme la lumière du conduit. Giles a établi que 11 /100 des cas de stérilité sont dus à une maladie des trompes et plus particulièrement chez les femmes jeunes.

La méthode consiste à insuffler dans l'utérus une quantité d'oxygène qui est de 300 cc. et, lorsqu'on a acquis une certaine expérience, il suffit même de 150 cc. On examine ensuite la femme aux rayons X et on constate la formation du pneumopéritoine. Cette même méthode a pu être employée dans d'autres affections abdominales, par exemple pour montrer la relation qui qui existait entre un abcès périnéphrétique et une appendicite aiguë.

La faible quantité d'oxygène insufflé a l'avantage d'être bien supportée et la femme n'a pas besoin d'être immobilisée au lit, plus de quelques heures. Quand c'est nécessaire, la femme est mise en position de Trendelenburg. Il n'y a aucun danger d'infection péritonéale ni d'embolie, comme le prouvent 32 expériences faites par Rubin.

La technique est simple, l'oxygène passe du tube à oxygène dans la sonde utérine à travers une bouteille à eau stérilisée munie d'un manomètre qui règle la tension.

Il n'y a de contre-indication à cette méthode que les infections aiguës des voies génitales. F. HIDDEN.

Shock obstétrical et dilatation aiguë de l'estomac immédiatement apres un accouchement laborieux (forceps au détroit supérieur). (FOURNIER. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 26 nov. 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 744.)

A ce propos, l'auteur pense que les phénomènes de shock n'étaient que l'une des premières manifestations de la dilatation aiguë de l'estomac, d'autant plus qu'ils sont apparus tardivement, trois quarts d'heure après la délivrance. C. COUVREUX.

Quatre observations d'hémorragies gastro-intestinales chez des nouveau-nés. (VORON et VERGNORY. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 26 mars 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 5, p. 389.)

A propos de ces 4 cas suivis de guérison, les auteurs notent l'absence de notions étiologiques et pathogéniques. Et après avoir signalé l'allure clinique de ces accidents, ils exposent leur mode de traitement. C. COUVREUX.

Un cas de pemphigus épidémique mortel du nouveau-né constaté à la naissance. (FABRE et BOUGET. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon. 13 février 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 5, p. 377.)

Observation d'un cas de pemphigus épidémique congénital à forme maligne respectant la paume des mains et la plante des pieds, sans lésions syphilitiques apparentes à l'autopsie. C. COUVREUX.

Grossesse abdominale de six mois et demi. Suppuration du kyste foetal. (VANVERTS. Soc. d'obst. et de gyn. de Lille, 23 février 1921, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921, n° 4, p. 323.)

En l'absence de diagnostic précis, l'intervention fut commandée par un état péritonéal grave (qui d'ailleurs entraina la mort) et amena la découverte d'une gestation abdominale avec suppuration du kyste fœtal, antérieure, semble-t-il, à la mort du fœtus. C. COUVREUX.

Laboratoires F. VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens
PARIS. — 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, 12. — PARIS

TRAITEMENT DE LA SEBORRHEE
Et surtout de l'Alopécie Séborrhéique chez l'homme et chez la femme
Par l'ACETOSULFOL HUERRE
(Acétone — Tétrachlorure de Carbone — Sulfure de Carbone — Soufre précipité)
Savon Vigier à l'Essence de Cadier - Savon Vigier à l'Essence d'Oxycèdre
ECHANTILLONS ET LITTERATURE SUR DEMANDE
R. C. Seine : 76.026



PHOSPHOREOL DUROY
TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE
CERVEAU - CŒUR - MUSCLES
ECHANTILLON : **34, Boulevard de Clichy, PARIS**

© BIU Santé

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. P. LEREBOULLET.

Diagnostic et traitement des albuminuries intermittentes et fonctionnelles chez l'enfant.

Aujourd'hui, en étudiant devant vous le traitement des albuminuries intermittentes de l'enfance, j'aborde une question d'ordre éminemment pratique, car l'albuminurie, lorsqu'elle est constatée chez un enfant, d'une part révèle souvent un trouble particulier qu'il faut soigner, d'autre part est toujours pour les familles une occasion d'inquiétude, et il est nécessaire que le médecin puisse, vis-à-vis de ce trouble donner une ligne de conduite précise. Le traitement des enfants albuminuriques soulève toujours une série de questions de régime, de genre de vie, de médications diverses.

Fort heureusement, l'albuminurie est souvent chez l'enfant, non pas une albuminurie de cause organique liée à une altération rénale, mais une albuminurie du type des albuminuries dites fonctionnelles ou intermittentes, destinée à disparaître avec le temps. Vous pourrez donc souvent rassurer les familles sur la signification de cette albuminurie. Il ne faut pas, néanmoins, la considérer comme un symptôme sans valeur et il est utile de lui opposer une thérapeutique relativement active.

L'albuminurie, chez l'enfant, peut ressortir à deux grands ordres de causes. Ou bien vous avez affaire à une albuminurie d'origine rénale, albuminurie qui est en général continue, existant dans toutes les émissions d'urine, qui est souvent abondante, et, parfois même, plus ou moins massive. Cette albuminurie a fréquemment une étiologie définie. C'est, par exemple, l'albuminurie massive consécutive à une diphtérie et qui survit un temps plus ou moins grand à la diphtérie ; c'est encore l'albuminurie plus ou moins abondante que vous voyez survenir à la suite de la scarlatine.

L'albuminurie dans ces cas n'est souvent pas un symptôme isolé, elle s'accompagne d'autres symptômes, d'œdèmes plus ou moins importants, liés à l'existence de ce que l'on a appelé la chlorurémie, c'est-à-dire la rétention des chlorures dans les tissus. Elle peut être associée à certains symptômes nerveux, notamment à des convulsions, donnant le tableau de l'éclampsie, qui sont des manifestations d'ordre urémique (au cours de la scarlatine par exemple). D'autres fois c'est une céphalée tenace, une anorexie marquée, un prurit intense, qui révèlent avec l'albuminurie l'existence d'un syndrome azotémique plus ou moins prononcé. Quelquefois encore une hématurie a précédé la constatation de l'albuminurie ; bref, il y a un ensemble de symptômes qui vous montrent que cette albuminurie n'est pas simple, qu'elle est associée à une lésion rénale ; dans de telles conditions il faut un traitement et un régime énergiques ; on doit remonter à la cause, et ne pas la négliger, car des accidents graves, parfois mortels, peuvent survenir si d'emblée les mesures nécessaires ne sont pas prises.

Cette albuminurie d'origine rénale est intéressante par la multiplicité des formes qu'elle présente. Je ne puis les retracer toutes. Je vous rappelle, chemin faisant, qu'il ne faut pas toujours s'inquiéter trop lorsqu'on voit une albuminurie abondante, voire même massive, chez l'enfant, et qu'il est important alors de faire une enquête étiologique suffisante dans le sens de l'hérédosyphilis. M. Hutinel a récemment insisté sur les néphrites chroniques des hérédosyphilitiques, et notamment sur un type particulier, que j'ai eu l'occasion d'observer assez souvent, dans laquelle il y a une albuminurie abondante, qui ne s'accompagne pour ainsi dire d'aucun symptôme associé, et qui peut persister un bon nombre de mois ou d'années sans éprouver autrement le sujet qui en est porteur.

Toutes ces albuminuries d'origine rénale, symptomatiques d'une néphrite aiguë ou chronique, justifieraient de longs développements. Je ne vous en parle pas aujourd'hui.

A côté de ces albuminuries liées à des lésions rénales, il y a un certain nombre de cas dans lesquels l'albuminurie est constatée une fois, dans un échantillon d'urine, et n'est pas constatée à un autre moment de la journée, si bien que d'un jour à l'autre on peut la voir ou croire à sa disparition. Ce sont les faits décrits sous le nom d'*albuminurie intermittente*.

Extrêmement fréquentes, elles ont, depuis une cinquantaine d'années, retenu l'attention des cliniciens, et reçu divers noms : albuminuries fonctionnelles, intermittentes, passagères, albuminuries de croissance (car elles surviennent volontiers pendant la croissance) albuminuries, cycliques, etc. Elles ont des aspects cliniques assez variés et ont constitué pendant longtemps un véritable *caput mortuum*, dans lequel on classait beaucoup d'états morbides différents. Leur étiologie, leur mécanisme, sont restés longtemps inconnus. On s'est efforcé de les rattacher à une lésion rénale. Il semble actuellement que cette lésion rénale, si elle existe, soit d'un type particulier et qu'il s'agisse avant tout d'albuminuries liées à un état général.

Ces albuminuries, quelque dénomination qu'on leur donne, quel que soit le chapitre de pathologie dans lequel on les range, sont caractérisées par un certain nombre de particularités.

1°) L'albuminurie n'existe qu'à certains moments de la journée, par conséquent, est intermittente et nécessite, pour être bien reconnue, un *examen fractionné* ; il n'y a souvent qu'un échantillon d'urine qui contient de l'albumine, et si l'examen portait sur l'ensemble des urines des 24 heures, la quantité d'albumine serait réduite à des traces impondérables et pourrait passer inaperçue.

2° C'est une albuminurie plus ou moins abondante, parfois même massive dans l'échantillon où on la constate, constituée par de la sérine.

3° Cette albuminurie survient, d'habitude, chez des adolescents, à la période de croissance.

4° Elle ne s'accompagne pas de symptômes d'insuffisance rénale ; que vous pratiquiez les épreuves destinées à déceler l'insuffisance rénale, que vous recherchiez les signes révélateurs de l'urémie, vous ne trouverez rien dans ce sens.

5° Cette albuminurie évolue un certain nombre de mois, parfois d'années, et finit par guérir. C'est donc une albuminurie curable.

6° Elle ne survient jamais dès le premier âge, mais apparaît souvent vers l'âge de 6 à 8 ans, et dure jusqu'à 15 ou 16 ans. Elle disparaît avec les années.

Si vous constatez une telle albuminurie, vous pouvez

(1) Leçon faite le 1er février 1924.

© BIU Santé

en général la classer dans l'un des grands syndromes suivants : albuminurie orthostatique, albuminurie digestive, albuminurie cyclique.

1° L'*albuminurie orthostastique* est celle qui a été le plus étudiée, que l'on observe, quand on la recherche, chez un grand nombre d'écoliers, lorsqu'on les a mis dans la situation dite du « garde-à-vous », situation de rectitude et d'immobilité dans la station debout, c'est l'*albuminurie de posture* que l'on voit volontiers dans l'urine qui suit les premières heures du lever.

A cette albuminurie orthostatique typique, réglée avant tout par la station debout, se rattachent, tout en s'en distinguant par certains côtés, les *albuminuries de fatigue* c'est-à-dire celles qui surviennent du fait de l'exercice, de la marche, de la course, de la bicyclette, du cheval. Il y a une série de circonstances dans lesquelles un enfant, à la suite d'une fatigue musculaire exagérée, présente de l'albuminurie ; souvent alors celle-ci apparaît à la fin de la journée, allant de pair avec la fatigue physique.

2° Dans le deuxième groupe, les *albuminuries digestives* l'albuminurie est intermittente encore ; mais ce n'est pas tant la station debout ou la fatigue qui paraît la faire apparaître, que le repas. L'albuminurie existe après le repas du matin, de midi, du soir. Elle existe en général en assez petite quantité, moindre que lorsqu'il s'agit d'albuminurie orthostatique, et est associée à diverses manifestations digestives.

3° Dans un troisième type, l'albuminurie prend un caractère spécial : c'est l'*albuminurie cyclique* de Pavy, étudiée par Teissier, de Lyon, dite justement maladie de Teissier-Pavy, caractérisée par ce fait que l'albuminurie apparaît selon un cycle : elle apparaît le matin, a son maximum vers 4 heures de l'après-midi, disparaît le soir, et, lorsque l'on recherche les phases par lesquelles passe l'urine, on voit qu'il y a un cycle bien étudié par Teissier et son élève Merlay : 1° élimination initiale exclusive de matières colorantes ; 2° ensuite, élimination d'albumine ; 3° élimination d'urates en quantité excessive ; 4° à la fin de la journée, élimination d'urée en quantité excessive, si bien que l'on a pu décrire le cycle successif des matières colorantes, de l'albuminurie, de l'uraturie et de l'azoturie.

Cette albuminurie cyclique existe indiscutablement, mais elle n'est pas très fréquente.

En présence d'une albuminurie intermittente, il faut rechercher à quel type vous avez affaire, car la thérapeutique ne sera pas absolument la même dans tous les cas.

1° Il faut d'abord vous rendre compte s'il y a un trouble de la fonction rénale ; vous ne devez pas vous dispenser d'examiner complètement l'enfant au point de vue du fonctionnement rénal. Il est bon de faire faire une analyse complète des urines, de voir quelle est l'élimination des chlorures, de l'urée, de la compléter dans certains cas par une épreuve de chlorurie alimentaire, par l'étude de l'élimination uréique si difficile qu'elle soit à faire chez l'enfant. Par l'examen de l'urée du sang, vous déterminerez s'il y a azotémie ou non, car s'il y a azotémie, vous devez être orientés vers l'idée d'une lésion rénale possible.

Vous devez rechercher comment est le système cardio-vasculaire, et dans quelle mesure la tension artérielle est excessive ou abaissée. Fréquemment, elle est abaissée. Allant plus loin, vous pouvez rechercher les diverses épreuves du fonctionnement rénal ; épreuve du bleu de méthylène, de Achard et Castaigne, que l'on a pratiquée beaucoup à un moment donné, qu'on pratique moins actuellement, et qui était généralement normale dans ces cas ; épreuve de l'albuminurie provoquée par ingestion de blanc d'œuf, utile à faire lors d'albuminurie digestive, épreuve de la phénolphtaléine, etc.

L'albuminurie intermittente s'accompagnant en général d'un fonctionnement rénal satisfaisant, ces diverses explorations restent en général négatives. Elles vous aident à éliminer dans la production de l'albumine le facteur rénal organique.

2° Ensuite, vous devez rechercher dans quelle mesure interviennent les facteurs directs de l'albuminurie dont je vous ai parlé tout à l'heure : orthostatisme, fatigue, troubles digestifs, allure cyclique.

A. L'orthostatisme est certainement le facteur que vous rencontrerez le plus souvent chez les enfants présentant de l'albuminurie intermittente ; c'est pourquoi le nom d'*albuminurie de posture*, qui leur a été donné, est assez significatif. L'albuminurie apparaît dès que l'enfant est dans la station debout. Ce facteur orthostatique, vous le voyez surtout chez l'enfant dans la période de croissance, qui a grandi vite, ce sont par excellence les *albuminuries de la croissance*.

Si vous examinez l'état général, vous serez frappés de la présence d'une série de troubles sur lesquels le professeur Hutinel a longuement et justement insisté. Ce sont des enfants dystrophiques d'un type spécial ; ils offrent le tableau de la dystrophie des adolescents, qu'il a si bien décrite.

Sans doute, il y a des cas dans lesquels l'enfant, avec une albuminurie orthostatique, a une croissance normale, ou même est, inversement, en retard de croissance, en hypotrophie manifeste. M. Nobécourt en a rapporté une observation très démonstrative.

Mais, le plus souvent, ces enfants présentent une croissance exagérée, et, en même temps, ils ont des manifestations circulatoires spéciales, des palpitations faciles, des troubles de la circulation périphérique avec les mains froides, violacées, cyanotiques, de l'hypotension artérielle habituelle. Ils ont facilement une série de troubles secondaires qui sont l'expression des ptoses, comme M. Hutinel l'a montré. C'est à la ptose du cœur, au cœur en goutte, que l'on voit fort bien sur l'écran radioscopique qu'il faut rattacher en grande partie ces troubles circulatoires. On constate que ces sujets ont l'estomac clapotant, qu'on peut qualifier, selon la théorie, de dilatation ou de ptose gastrique ; que le foie et le rein sont un peu abaissés ; que le ventre est plus ou moins flasque et tombant ; facilement existent des syndromes coliques. Assez souvent chez ces enfants il y a des troubles respiratoires, des anomalies respiratoires, qui existent chez eux dans la station debout, si bien que nombre de médecins en ont fait des tuberculeux et prétuberculeux. Couchez ces enfants ; les symptômes stéthoscopiques respiratoires disparaissent. Ce point, que M. Hutinel a mis en évidence, semble devoir être attribué à la ptose même du diaphragme et des poumons.

Par conséquent, il existe de multiples manifestations du côté de divers organes, qui s'accompagnent d'ailleurs d'un certain état névropathique, et qui sont le fait, ou de ces ptoses multiples, ou de l'atonie générale qui leur est associée et coïncide avec la poussée de croissance. On peut également noter certaines dystrophies osseuses, et notamment M. Hutinel a insisté sur la fréquence de la scoliose chez ces sujets atteints d'albuminurie orthostatique.

Très facilement vous dépisterez l'albuminurie orthostatique chez les grands garçons et les grandes filles à

© BIU Santé

l'aspect de grandes asperges, chez lesquels les membres sont violacés, la circulation périphérique se fait mal, qui se plaignent de palpitations, de troubles dyspeptiques et qui présentent des ptoses multiples.

Mais pourquoi l'albuminurie survient-elle plus particulièrement chez ces malades et dans quelle mesure et comment l'orthostatisme intervient-il ? Des constatations fort significatives ont été faites à cet égard. Lorsque vous laissez ces malades debout et examinez l'urine au bout de une heure et demie, d'une heure et même d'une demi-heure, vous constatez qu'ils présentent de l'albumine. On a cherché si, dans leurs attitudes particulières, il y avait une cause à l'albuminurie, et l'on a montré que cette albuminurie était assez fréquente chez les écoliers, quand ils prenaient une attitude spéciale leur donnant de la lordose, aussi a-t-on appelé cette albuminurie *albuminurie lordotique*.

Ces recherches fort intéressantes ont été faites surtout par MM. Werth et Scholder, sur les enfants des écoles suisses. Il ont vu que dans la station debout il y avait 37 % des écoliers qui présentaient de l'albuminurie, alors que dans la station assise, cette albuminurie tombait à 17 %. Mais surtout, en 1915, M. Jeanneret, de Lausanne, a fait un travail très précis sur l'influence du mobilier scolaire dans la production de l'albuminurie.

Il a vu que chez les enfants immobiles dans la situation du garde à vous, l'on pouvait observer 61 % des écoliers ayant gardé cette situation un certain temps, qui présentaient de l'albuminurie, mais que cette proportion énorme de 61 % est tombée à 1,5 % lorsque, dans la station debout, on leur permettait de remuer les jambes.

Lorsque l'enfant est assis dans la classe avec le mobilier scolaire à distance positive, c'est-à-dire la chaise ou le banc est éloigné de la table, et si l'enfant assis est penché en avant et n'est pas penché en arrière, n'est par suite pas en lordose. il n'y a pas d'albuminurie.

Lorsque la distance est nulle, c'est-à-dire lorsque l'avant du siège est exactement à la hauteur de la table, il y a de l'albuminurie dans 3 % des cas.

Lorsque la distance est négative, c'est-à-dire lorsque le siège s'avance sous la table et que par conséquent l'enfant est en lordose, il y a 34 % des enfants présentant de l'albuminurie. Mais ces 34 % reviennent à un chiffre faible ou à zéro, si l'on permet à l'enfant de mouvoir ses jambes.

Selon M. Jeanneret donc, pour qu'il y ait albuminerie orthostatique, il faut qu'il y ait *lordose*, *orthostatisme* et *immobilité*, M. Jeanneret conclut qu'il s'agit d'une maladie liée très directement aux conditions de la vie scolaire.

Ces conclusions ont une large part de vérité. et lorsqu'on étudie les écoliers d'un peu près, on voit assez fréquemment l'albuminurie liée à ces causes. Néanmoins, il ne faudrait pas croire qu'elles résument l'albuminurie orthostatique, et il est certain que les constatations du professeur Hutinel doivent être retenues. L'albuminurie est surtout fréquente chez ceux qui présentent des manifestations dystrophiques et une croissance rapide.

Quant à la cause immédiate de l'albuminurie orthostatique, elle semble résider dans le trouble circulatoire amenant de la *stase veineuse dans le rein* et s'accompagnant d'une certaine *hypotension artérielle*.

Les deux facteurs interviennent sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une lésion rénale. D'ailleurs, M. Courcoux a montré dans sa thèse, il y a bien des années, que le rein des albuminuriques orthostatiques n'était pour ainsi dire pas lésé et qu'il suffisait de légers troubles de la circulation rénale, provoqués expérimentalement, pour donner l'albuminurie. Moi-même, étant interne du professeur Hutinel aux Enfants-Assistés, il y a 25 ans, faisant des recherches cryoscopiques sur l'état du rein des enfants présentant de l'albuminurie orthostatique, j'avais noté que la formule trouvée était superposable à celle du rein cardiaque, au moment où l'albuminurie était constatée, que, par suite, la stase veineuse au niveau du rein était vraisemblablement à l'origine de l'albuminurie orthostatique.

Toutes ces notions permettent de comprendre assez bien ce qu'est l'albuminurie orthostatique, et de la reconnaître en clinique à l'aide d'épreuves assez simples.

B. Dans d'autres cas, ces épreuves vous donneront un résultat négatif, ou bien vous constaterez en outre que l'albuminurie survient surtout parce que l'enfant est fatigué, à la suite d'un exercice, à la suite d'une course : c'est dans des urines rares, à densité excessive, riches en sels, que vous trouverez l'albumine. Il est facile alors de mettre en évidence, de reconnaître *l'albuminurie de fatigue*, mais dans ces cas il y a également un abaissement de la tension artérielle, un ralentissement de la circulation veineuse au niveau du rein, l'albuminurie à le même mécanisme pathogénique que dans l'orthostatisme simple.

C. Il en va autrement, lorsqu'il s'agit *d'albuminurie digestive*. Il y des cas dans lesquels l'albuminurie existe surtout après les repas, et dans lesquels, même s'il existe un facteur orthostatique, vous serez frappés de cette influence du repas de midi ou du soir. Dans ces cas, en variant l'alimentation, en donnant notamment une alimentation riche en blanc d'œuf, de l'eau albumineuse, un œuf à peine cuit, on voit apparaître l'albuminurie. Elle a été provoquée par une albumine hétérogène. D'autre part, l'examen révèle des troubles digestifs plus accentués que dans le cas précédent. Il y a de la colite, de l'appendicite chronique, des manifestations dyspeptiques habituelles ; ou bien encore il y a des troubles hépatiques. Voici longtemps qu'avec mon maître le professeur Gilbert j'avais insisté sur la fréquence de l'albuminurie intermittente chez les sujets ayant les marques de la cholémie familiale, présentant ces petits ictères acholuriques si fréquents chez les enfants, et qui représentent des formes atténuées des ictères par hyperhémolyse ; chez ces enfants, chez lesquels, qu'il y ait appendicite chronique ou non, le foie est adultéré, l'albuminurie digestive est fréquente.

Vous pouvez voir alors deux types d'albuminuries digestives.

a) Dans certains cas, c'est avant tout le trouble digestif qui provoque l'albuminurie, sans qu'il y ait grande influence de l'albumine de l'œuf ingéré, ni de l'alimentation carnée excessive. C'est ce qu'on appelle *albuminuries dyspeptiques*.

b) Dans d'autres cas, il y a vraiment *albuminurie alimentaire*, en ce sens que, c'est manifestement l'alimentation trop abondante, trop riche en viande, trop albumineuse, qui provoque l'albuminurie.

Cette investigation est utile au point de vue du régime. Il faut toutefois se rappeler que très fréquemment les sujets qui présentent de l'albuminurie digestive appartiennent au même groupe général que ceux ayant de l'albuminurie orthostatique, et que les deux causes peuvent se combiner. Un sujet a de l'albumine le matin par orthostatisme, il en a encore plus après le repas du fait des troubles digestifs qu'il présente.

D. Enfin, quelquefois il s'agit *d'albuminurie cyclique*, c'est à-dire que même en laissant le malade couché toute la journée, même en ne lui donnant qu'un régime incapa-

◆

© BIU Santé

ble de retentir sur le rein, on voit l'albuminurie exister et obéir au cycle que j'ai dit.

Vous trouvez surtout ces albuminuries cycliques dans une catégorie spéciale d'enfants : ce ne sont pas les grandes asperges dont je parlais tout à l'heure, ce ne sont pas les dyspeptiques ; ce sont avant tout des enfants gras, florides, fils de goutteux, de diabétiques, présentant les attributs arthritiques ; chez eux vous verrez assez souvent l'albuminurie, avec son cycle particulier ; phase des matières colorantes, phase albumineuse, phase uratique et phase azotémique. Ici encore, il ne faut pas être absolu. Même lorsqu'il s'agit surtout d'albuminurie orthostatique ou digestive, il y a un certain cycle, et en somme ces trois éléments, l'orthostatisme, les troubles digestifs et le caractère cyclique se lient et s'associent en proportions variables suivant les cas observés.

J'en ai fini avec l'étude du syndrome albuminurique. L'investigation clinique ne l'arrête pas là ; il faut compléter par une recherche plus précise de *l'état général du sujet* et des *antécédents*. Je vous ai dit qu'il fallait étudier le fonctionnement rénal. Il faut également rechercher s'il n'y a pas certains symptômes associés révélant indirectement un mauvais fonctionnement rénal. C'est ainsi que l'on a remarqué quelquefois des *signes oculaires* plus ou moins marqués, indiquant l'existence d'une lésion rénale. C'est ainsi que *l'exploration de l'appareil cardio-vasculaire*, si elle montre de l'hypotension artérielle, dans la majorité des cas révèle parfois une légère hypertension symptomatique d'une lésion rénale commençante en faveur de laquelle peut plaider aussi parfois l'examen des sédiments urinaires montrant l'existence des cylindres granuleux ou épithéliaux.

Cet examen peut mettre sur la voie d'une *albuminurie résiduelle post-infectieuse*. Il n'est pas rare en effet, par exemple à la suite d'une scarlatine ou d'une fièvre typhoïde, de voir pendant longtemps persister une albuminurie à type orthostatique ou intermittente. Dans ces cas, vous devez faire un examen rénal attentif ; malgré le caractère léger et intermittent de l'albuminurie, il peut y avoir une lésion rénale organique dont il faut tenir compte dans le pronostic et le traitement.

Dans d'autres cas, sans maladies infectieuses spécifiques, le malade a eu souvent des angines, est sujet à l'adénoïdite, à un pharynx en mauvais état. Il faut se rappeler que l'infection pharyngée est à la source de bien des adultérations rénales, légères ou grosses, et que l'albuminurie ne guérit alors que lorsque les adénoïdes, source de l'inflammation du cavum, ou les amygdales ont été supprimées.

C'est dans le même sens qu'autrefois, avec le professeur Gilbert, nous avions signalé le rôle possible des infections biliaires. Nous avions montré qu'il y a, chez certains enfants, des infections digestives légères retentissant sur le foie, des infections biliaires atténuées pouvant donner lieu à ces albuminuries passagères.

Une infection spécifique, la tuberculose, peut être responsable de ces albuminuries. Bon nombre d'auteurs placent les albuminuries intermittentes dans le cadre des manifestations de la prétuberculose et les désignent sous le nom d'albuminuries prétuberculeuses ou paratuberculeuse. Je vous ai dit souvent comment l'état qualifié de tuberculose était généralement indice d'une tuberculose déjà réalisée, comment, avec M. Hutinel, nous estimions qu'un prétuberculeux était en réalité un tuberculeux préphtisique. *A priori* donc, si un enfant est atteint d'albuminurie orthostatique, on peut croire qu'il a une tuberculose larvée sous-jacente, d'autant mieux que cet enfant présente souvent des symptômes respiratoires, mais je vous ai dit tout à l'heure comment ces signes respiratoires n'ont souvent aucune signification de cet ordre ; le plus souvent l'albuminurie intermittente est banale ; ce n'est que très exceptionnellement qu'elle doit être regardée comme une manifestation de tuberculose et surtout de tuberculose rénale.

Toutefois, il faut se rappeler que les albuminuries orthostatiques, chez certains sujets dystrophiques, sont une cause de déperdition organique, de déminéralisation ; en même temps que l'albumine, s'éliminent des sels minéraux d'une manière anormalement abondante ; assez volontiers, un enfant chez lequel l'albuminurie intermittente n'a pas été l'occasion des soins spéciaux et d'une réglementation plus hygiénique de la vie peut secondairement devenir tuberculeux à la faveur de cette dénutrition, dans ce sens l'albuminurie est bien prétuberculeuse.

Il est très probable qu'il y a également des albuminuries intermittentes d'origine hérédo-syphilitique. Vous devrez toujours, ici comme ailleurs, rechercher la syphilis par une investigation à la fois clinique et biologique. Toutefois volontiers l'albuminurie des hérédosyphilitiques est plus abondante et plus continue.

Enfin, pour fixer dans une certaine mesure le pronostic d'un sujet atteint d'albuminurie intermittente, il faut savoir si les parents ont présenté des manifestations rénales, si la mère au moment de sa grossesse n'a pas fait une néphrite gravidique, s'il y a eu des frères et sœurs, des cousins, atteints d'albuminurie intermittente ou continue. MM. Castaigne et Rathery ont bien mis en évidence le rôle de ce qu'ils ont appelé la *débilité rénale*. C'est parce que le rein présente un certain degré de débilité congénitale, qu'il a peut-être de l'aplasie rénale, que l'albuminurie survient plus facilement dans ces reins, que ceux-ci s'abaissent plus facilement, que la stase veineuse s'y fait plus aisément, que les conditions productrices de l'albuminurie sont plus facilement réalisées.

Peut-être au surplus l'hérédo-syphilis explique-t-elle en partie cette débilité congénitale.

Sans doute, du fait de cette débilité et de l'albuminurie intermittente secondaire, il ne faut pas d'emblée porter un pronostic sévère. Néanmoins, il faut se rappeler que les sujets qui ont fait de l'albuminurie intermittente pendant leur jeunesse peuvent, au cours de leur vie, à l'occasion d'une grossesse par exemple, chez la femme, ou à l'occasion d'une maladie aiguë (comme la fièvre typhoïde, la diphtérie), d'un traitement séro ou vaccinothérapique, avoir à nouveau une albuminurie plus ou moins tenace

En règle générale toutefois, le *pronostic* est relativement favorable. Ne faites pas de l'albuminurie intermittente un simple trouble circulatoire passager, mais rappelez-vous néanmoins que c'est une maladie de l'âge scolaire, aggravée ou provoquée par les conditions de la vie scolaire, survenant également dans certaines conditions où l'état général est défectueux et que cette maladie doit disparaître au fur et à mesure que la croissance s'affirme, que l'enfant devient un adolescent, puis un adulte ; l'organisme se développant, les rapports des organes devenant plus normaux, la circulation devient meilleure et les causes productrices de l'albuminurie dans la position debout font défaut ; l'albuminurie est en somme un trouble secondaire à l'évolution même de l'organisme au cours de la croissance qui a tendance à disparaître de lui-même,

© BIU Santé

une fois celle-ci effectuée. De ceci j'ai vu un grand nombre d'exemples. Je connais plusieurs jeunes femmes, que j'ai soignées, il y a 20 ans, aux Enfants-Assistés ou en ville, pour une albuminurie intermittente, qui ont été mères de famille et n'ont jamais eu, par la suite d'albuminurie. Nombreux sont également les collégiens que j'ai vu guérir dans ces conditions.

Par conséquent, soyez optimistes, d'une façon habituelle; l'albuminurie intermittente a le plus souvent tendance à guérir spontanément, mais rappelez-vous néanmoins qu'elle traduit dans certains cas un mauvais état général, qu'elle entraîne une faiblesse organique pouvant faciliter quelquefois le développement de la tuberculose; que les albuminuries résiduelles, vestiges de scarlatine ou de diphtérie, ou de toute autre maladie infectieuse, sont à surveiller; et ne considérez pas l'albuminurie intermittente comme un symptôme que l'on peut abandonner à lui-même. Il faut la traiter par quelques moyens très simples qu'il me reste à envisager.

Il y a d'abord un certain nombre d'*erreurs à éviter*. 1° Il faut *éviter les régimes trop rigoureux*. Que de méfaits n'a-t-on pas commis en mettant ces enfants longtemps au lait !

Le régime lacté absolu, éprouvé dans les néphrites constituées, est défavorable ici. Pourquoi ? Parce que ce régime est facilement cause de fermentations intestinales, de fatigue digestive, et qu'à la faveur de ces troubles digestifs, de l'anémie spéciale que ce régime peut amener, il entraîne la production d'albuminurie plus abondante ; loin de modifier favorablement le symptôme, il l'aggrave. De même, le régime déchloruré, que certains médecins ont recommandé, est mauvais dans ces cas : il est inutile ; l'élimination des chlorures est parfaite ; il est plutôt débilitant ; il est souvent mal accepté et diminue l'appétit. Donc *ni régime lacté strict, ni régime déchloruré*.

2° Il faut aussi *éviter l'immobilité trop absolue*. On a cru que, puisque l'albuminurie était orthostatique, il fallait mettre les malades au lit. Les prescriptions d'autrefois conseillaient de commencer par mettre ces enfants au lit deux ou trois semaines : mauvaise thérapeutique, puisqu'il est prouvé, par l'expérience de M. Jeanneret que c'est en faisant mouvoir les jambes des enfants que l'on supprime l'albuminurie orthostatique. Laissez-les agir, circuler, mais évitez la station debout, immobile. Evitez l'immobilité de certaines attitudes gymnastiques, immobilité qui provoque l'albuminurie. Prescrivez une activité physique suffisante, mais qui n'aille pas à la fatigue.

3° *Evitez aussi les médications systématiques, prolongées, multiples*. Ce sont des cas dans lesquels la guérison doit survenir d'elle-même et dans lesquels vous ne devez pas faire une thérapeutique médicamenteuse répétée, intensive, qui fatiguerait l'estomac et aggraverait l'élément digestif de l'albuminurie.

Quelle *conduite thérapeutique* adopter ?

1° Le *régime alimentaire* doit être assez varié, évitez toutefois de donner trop d'œufs, et notamment des œufs insuffisamment cuits, en raison de l'action nocive de l'albumine hétérogène, introduite ainsi dans l'organisme, évitez aussi de donner des aliments irritants et épicés, moutarde, vinaigre etc., en raison de leur action nocive sur le rein, vous rappelant que l'on peut rapprocher dans une certaine mesure l'albuminurie intermittente de l'urticaire, des œdèmes circonscrits et d'une série de manifestations rattachées aux chocs colloïdaux et aux phénomènes d'anaphylaxie. Peut-être y a-t-il un rôle à faire jouer à cet élément dans la production de certaines albuminuries. Par conséquent, dans le régime institué, méfiez-vous des aliments qui sont également déconseillés dans l'urticaire, l'asthme et une série de maladies.

La viande doit être permise en quantité modérée, de préférence grillée ou rôtie. Parfois, si vous avez affaire à un enfant très anémié, vous pouvez donner un peu de viande crue. Evitez naturellement le gibier et les viandes dites fermentées, irritantes, la charcuterie, les crustacés, les poissons gras et les fromages fermentés ; bref, prescrivez un régime antidyspeptique, luttant contre les troubles digestifs, une bonne nourriture saine, en ayant soin de varier l'alimentation : surveillez d'ailleurs les effets de la nourriture prescrite et si vous voyez que le régime carné donne de l'albuminurie, supprimez la viande temporairement. Si vous voyez que tel ou tel aliment est bien toléré, au contraire, insistez sur cet aliment. En tout cas, pas de régime systématique, rien d'absolu, un simple régime de bon sens dont vous excluez tout ce qui au point de vue du tube digestif, du foie, du rein est notoirement mauvais.

2° Pas d'immobilité ; néanmoins obtenez que l'enfant ait un repos suffisant qu'il dorme suffisamment la nuit et que volontiers dans la journée il reste une demi-heure ou trois quarts d'heure étendu. Les exercices gymnastiques devront être modérés en évitant la trop longue immobilisation dans la station debout, étant donné ce que nous savons des effets du « garde à vous ».

Il faut éviter également que l'enfant ait un mauvais mobilier scolaire. Veillez à ce que l'enfant garde une bonne attitude, à ce qu'il soit assis sans avoir la chaise rentrant sous la table, en évitant la fâcheuse lordose.

Il n'est pas nécessaire de supprimer les jeux, la bicyclette et certains autres exercices que l'on interdisait autrefois, mais ils doivent rester modérés et tenir compte des forces de l'enfant.

3° Etant donnée la ptose fréquente du rein dans l'albuminurie orthostatique, il est bon de faire *porter une ceinture*, avec ou sans pelotes, ou une simple sangle, qui soutienne les organes et empêche la descente du rein.

4° Pour combattre l'atonie vasculaire, l'hypotension artérielle, la mauvaise circulation périphérique, il est utile de recourir à l'hydrothérapie, à la douche tiède, (car il faut éviter dans ces cas l'eau froide, ou tout au moins ne pas y recourir d'emblée) aux frictions alcooliques consécutives, au massage général, moyens qui agissent sur la tonicité même des tissus et modifient cet élément.

5° Le travail doit être surveillé ; on a dit, un moment, qu'il fallait interrompre les études chez l'enfant atteint d'albuminurie orthostatique, Quelle exagération ! Songer qu'il y a peut être 60 % des enfants, auxquels, si l'on cherchait chez eux systématiquement l'albumine, il faudrait faire cesser leurs classes ! Mais on doit veiller à éviter le surmenage scolaire, le travail trop intensif ou désordonné. Régler le travail, non le supprimer, telle est la formule à adopter dans de tels cas.

Quant aux médications à recommander en pareille circonstance, elles doivent être peu nombreuses. Je place au premier rang le *chlorure de calcium*, médicament diurétique et antialbuminurique. On peut prescrire une cure de chlorure de calcium, à la dose journalière de 1 gr. ou 1 gr. 50, pendant 15 jours par mois.

Chlorure de calcium anhydre.....	10 gr.
Sirop de limons.....	âà 70 gr.
» de fleurs d'oranger.....	
Alcoolature de citron.....	2 gr.

une à deux cuillerées à soupe par jour.

© BIU Santé

On peut l'alterner avec le *sirop iodo-tannique* qui agit favorablement sur l'état général.

Aux grands repas, l'enfant prendra une médication phosphatée (glycéro-phosphate de chaux ou autre), alternée avec une cure arsenicale légère, associée ou non à l'iode. Le triiodure d'arsenic peut être ici une ressource utile.

Ce traitement, en somme, n'est pas très compliqué, et purement symptomatique. Vous pouvez y joindre un traitement plus direct et causal. Avez-vous affaire à une albuminurie dyspeptique ? Il peut être bon de faciliter les digestions à l'aide d'une médication toni-digestive. S'agit-il d'albuminurie chez un enfant suspect de tuberculose ou d'hérédo-syphilis, vous devrez instituer le traitement général de la tuberculose, ou celui de la syphilis. Rappelez-vous que dans de tels cas la médication arsenicale est plus active que les médications bismuthique et mercurielle qui pourraient avoir leurs inconvénients.

Parfois, associées à l'albuminurie intermittente, existent des manifestations dystrophiques : si les enfants réalisent le type que le professeur Hutinel a décrit sous le nom de dystrophie des adolescents, on peut employer chez eux l'opothérapie surrénale et hypophysaire qui a parfois une action vraiment favorable. Peut-être même aussi la thyroïde à petite dose serait-elle indiquée. Elle l'est lors d'hypotrophie manifeste ou lorsque les manifestations d'hypothyroïdie s'associent à l'albumine intermittente.

6° Il peut être bon, en été, de faire des *cures climatiques et hydrominérales*. L'action du climat marin, de l'altitude, sont utiles en stimulant la croissance et en la régularisant. La cure hydrominérale type est celle de Saint-Nectaire, depuis longtemps spécialisée dans la cure de ces albuminuries fonctionnelles, les eaux de Saint-Nectaire étant chlorurées-bicarbonatées et légèrement arsenicales et ferrugineuses. Ces eaux ont une double action sur les tissus en général et l'épithélium rénal, qu'elles stimulent et dont elles favoriseraient la réparation, lors d'albuminurie résiduelle avec petite lésion organique. L'action des eaux de Vittel, d'Evian, ou de Vichy, dans les albuminuries digestives, est également très favorable et souvent efficace sur le syndrome de l'albuminurie intermittente.

Ces indications varient naturellement avec chaque cas : il faut plus traiter l'état digestif et surveiller le régime dans les albuminuries digestives ; il faut attacher plus d'importance au genre de vie, aux conditions d'activité physique, dans les albuminuries orthostatiques ; il faut chercher davantage à modifier l'élément rénal, lorsque l'on a affaire à une albuminurie résiduelle ou une albuminurie cyclique.

En somme, il s'agit d'une manifestation locale, qui est avant tout le reflet d'un état général dystrophique et de certaines conditions de vie défectueuses. Cette manifestation locale ne doit pas être tenue pour négligeable puisqu'on peut remonter à sa cause et en tirer une série d'indications thérapeutiques.

Mais il faut se rappeler que les albuminuries intermittentes doivent guérir avec de la douceur et de la patience, que par conséquent il n'est pas nécessaire de prendre des mesures trop énergiques pour les traiter. « Le traitement, disait mon collègue M. Merklen, dans un article récent, exige de l'attention de la part du médecin et de la patience de la part du malade. Il est long et l'art du praticien sera de n'ordonner ni trop, ni trop peu. »

Je m'associe complètement à ces conclusions : ni trop, ni trop peu ; mais toutefois suffisamment pour obtenir que l'enfant s'améliore et que peu à peu la croissance s'achève dans de bonnes conditions et que l'albuminurie disparaisse. (*Leçon recueillie par le Dr* LAPORTE.)

FAITS CLINIQUES

Jumeaux bivitellins nés à vingt et un jours d'intervalle

Par MM.

FAUCOMPRÉ (de Gueux) et **RAILLIET** (de Reims).

Le 5 octobre 1920, à dix heures du soir, une secondipare présentant une gestation gémellaire accouche d'un enfant vivant du sexe féminin. L'expulsion, normale, est suivie d'une hémorragie sérieuse : le Dr Faucompré, devant cette situation, tente une délivrance artificielle et obtient, sans trop de difficulté, un placenta indépendant. L'hémorragie s'arrête à la suite de cette intervention, mais le travail a cessé et ne manifeste aucune tendance à la reprise. La nuit se passe sans hémorragie comme sans douleurs.

Le 6, à 10 heures du matin, la situation est la suivante : état général amélioré, pouls satisfaisant, température normale, col partiellement reconstitué, facilement dilatable, permettant de percevoir une poche des eaux plate et une présentation du siège. Bruits du cœur bons.

Quelle conduite tenir ?

En présence d'un col presque fermé, tout indice de travail faisant défaut, *chez une femme soumise douze heures auparavant à une forte spoliation sanguine*, l'expectative nous paraît la meilleure solution.

Malgré les recommandations les plus formelles, la femme se lève au bout de cinq jours pour vaquer à ses occupations habituelles.

Le 25 octobre seulement, soit vingt jours plus tard, la deuxième poche des eaux se rompt avant tout autre symptôme de travail. La patiente ne juge cependant pas à propos de prendre le lit.

Elle n'accouche que vingt-quatre heures plus tard, le 26 octobre, après un travail de quinze heures, d'une seconde fille. Une petite hémorragie de la délivrance est jugulée sans peine. Suites normales.

Dix mois après, les enfants, élevés au biberon, vont bien ; toutefois la première-née est moins forte que sa jumelle.

Ainsi les deux sœurs sont nées à vingt-et-un jours d'intervalle, la première n'étant certainement pas à terme.

Pour n'être pas exceptionnels, les faits de cet ordre ne sont pas banaux. Il est peu vraisemblable qu'il s'agisse d'un cas de superfétation. Nous nous sommes plutôt trouvés en présence d'un utérus inerte : les hémorragies de la délivrance, l'arrêt du premier travail et la longueur du second témoignent en faveur de cette hypothèse.

La contractilité utérine, prématurément déclenchée par la distension due aux deux œufs, cessa d'être sollicitée lorsque l'utérus eut évacué une partie de son contenu ; elle ne le fut à nouveau que lorsque le second fœtus eut acquis un développement suffisant.

Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme, *le rôle du terrain*, par É. AUBERTIN, interne des hôpitaux de Bordeaux, avec préface du professeur agrégé LEURET, 1 vol. in-8° de 340 pages : Prix 20 fr. (Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VI°).

Ce livre est une critique judicieuse et impartiale des diverses conceptions actuellement admises en France sur le développement de l'infection bacillaire dans l'espèce humaine.

© BIU Santé

MÉDECINE MILITAIRE (1)

Contrats de courte durée

Tandis que certains écrivâtres déversent sur le Corps de santé militaire les pires calomnies, les choses continuent d'aller fort mal pour celui-ci.

Le terrible cercle vicieux est constitué : démissions et retraites prématurées augmentent les charges et les corvées de ceux qui demeurent, les soumettent à des déplacements, intolérables parce qu'incessants ; charges et corvées en excès, déplacements incessants provoquent de nouveaux départs : démissions et retraites prématurées.

Il n'est que temps de faire aux médecins militaires la situation matérielle et morale qui leur est due, de garnir convenablement les effectifs — sans quoi la médecine d'Armée aura vécu et sa disparition mettra en péril l'existence même de l'Armée. En attendant l'*expédient* tend à prendre sa place parmi les moyens habituels et normaux et nous envisageons, par exemple, le moment où pour assurer à nos soldats sur le Rhin les soins et les garanties sanitaires, nous devrons très humblement recourir à la condescendance, onéreuse à tous points de vue, des confrères du Reich.

En ces tristes conjonctures il me paraît naturel de demander si l'Armée ne pourrait pas s'acquérir, au moyen de contrats d'une durée assez limitée, les services d'étudiants et de docteurs en médecine, bons Français, que les circonstances de la vie mettent pour quelques mois dans cette situation que la langue des poilus caractérise par l'expression *se trouver en carafe*.

Voici un étudiant dont l'escarcelle est légère et qui ne sait où passer de longues et coûteuses vacances, c'est pour la période des manœuvres un auxiliaire tout trouvé à l'usage d'une unité, qui sans lui, devra se passer de médecin.

Voilà un jeune docteur à la recherche d'une clientèle. Il a fait plusieurs remplacements déjà, mais l'oncle, l'ami, le correspondant auquel il est entendu qu'il succédera professionnellement ne peut abandonner sa maison, sa clientèle avant un délai de six mois ou d'un an. Pourquoi l'Armée ne recueillerait-elle pas, durant cette période d'attente, le jeune praticien dont les services diminueront d'autant ceux de confrères militaires surchargés ?

Ce médecin dans la force de l'âge a des raisons d'ordre personnel pour quitter au plus tôt une résidence que des deuils, des évènements contraires, lui ont rendu insupportable. Une situation ne se rencontre pas nécessairement du jour au lendemain. L'Armée ne peut-elle, contre ses bons et loyaux services, lui offrir le pain — le pain sec, mais le pain — qui lui permettra de réfléchir, de patienter, de tâter différents terrains, de ne s'engager qu'en toute connaissance de cause avant de refaire une carrière ?

Ce jeune docteur réfléchit que là où il va s'installer, là il vivra, là il mourra ; ce robuste confrère d'âge mûr obsédé par trop de préoccupations du même ordre a besoin d'imposer au cours de ses idées une diversion salutaire ; ce praticien déjà âgé et sur le point de passer sa clientèle s'aperçoit que du vaste monde il ne connaît que le petit coin où il a exercé ... pourquoi l'Armée n'offrirait-elle pas à ces trois médecins de faire, pour aller soigner nos soldats, en Algérie, en Syrie, aux colonies, un beau voyage gratuit qui leur permettra de voir du nouveau , d'étudier des caractéristiques pathologiques inconnues d'eux, de revenir avec des souvenirs intéressants, de pouvoir dire leur vie durant : *En Afrique, j'ai observé que...*

Et cet autre, ce jeune agrégé déjà renommé qui brûle du désir de répandre son enseignement, pourquoi ne pourrait-il pas du mois d'août au mois de novembre assumer un service médical dans un hôpital militaire pour le plus grand profit de ses confrères de l'Armée et de leurs élèves ?

(1) Voir *Progrès médical*, n° 28 du 12 juillet, 34 du 23 août, 36 du 6 septembre et 37 du 13 septembre 1924.

Je ne pense pas que ce soit faire une part trop belle à l'hypothèse que d'imaginer des cas analogues à ceux que je viens de signaler. Le fait d'assurer à un médecin une solde d'officier (encore une fois le pain sec, mais le pain) pendant ces périodes stériles que d'aucuns rencontrent parfois et contre quoi ne peuvent pas prémunir absolument travail et bonne volonté, ce fait, cette garantie, ne laisserait pas vraisemblablement que de donner à réfléchir et de provoquer des candidatures. Gageons même que certains aventureux mèneraient volontiers une vie en partie double, que nous les trouverions tantôt médecins civils et tantôt médecins militaires en quelqu'une des parties du monde, empressés à s'amasser un bagage scientifique varié, des collections auxquelles s'épinglerait quelque jour un doigt de ruban rouge bien gagné.

Contrats de *courte* durée ?

Evidemment, car un contrat de *longue* durée serait pour les contractants, l'Etat et le médecin, un leurre. Pour l'Etat parce qu'un recrutement d'éléments aussi disparates comme âge, origine, aptitudes, culture, ne permettrait ni la formation d'un organisme cohésif ni la mise en place selon les valeurs, — pour le médecin contractant parce qu'en raison même de ces impossibilités, l'Etat ne pourrait ni assurer la justice parmi ses contractants ni leur offrir les mêmes avantages qu'il doit à ceux dont il a assumé la formation médico-militaire dès leur sortie de l'enfance.

Le contrat de courte durée est avantageux pour l'Etat parce qu'il lui permet de parer à des déficits momentanés et qu'il ne le lie pas pour l'avenir. Il est avantageux pour le médecin parce qu'il offre à celui-ci une halte, un point d'arrêt et d'observation, une oasis aux maigres floraisons, mais une oasis tout de même, au milieu des tempêtes de la destinée.

Réduit à ces proportions, le contrat paraît avoir d'incontestables avantages.

Mais que veut dire exactement *de courte durée* ?

Mon Dieu ! pour les baux, les termes sont généralement de trois, six ou neuf *ans*. Admettons pour le contrat médical trois, six ou neuf *mois*.

Prorogeable par tacite reconduction, résiliable après préavis donné aux 2e, 5e ou 8e mois ou à tout moment par accord des contractants.

Le service effectué en vertu de ce contrat ne viendrait pas en déduction des périodes d'instruction ; mais le médecin contractant jouirait, pendant l'exécution du contrat, de tous les avantages accordés à l'officier-médecin au cours des périodes d'instruction (solde, allocations, titres à l'avancement et à l'obtention de la Légion d'honneur, etc.). Ses obligations seraient celles de l'officier-médecin mobilisé, mais des clauses restrictives pourraient être consenties par l'Etat (par exemple : affectation restreinte au service hospitalier ou aux garnisons de France ... d'Europe ou, au contraire, d'Algérie, etc.).

Dans la limite, reconnue par le Ministre, des besoins de leurs service, les directeurs du Service de Santé feraient connaître périodiquement par la presse, le nombre, la nature, la durée des contrats qu'ils auraient qualité pour signer.

On objectera vraisemblablement que la mesure envisagée n'aboutirait qu'au plus médiocre rendement.

Examinons l'objection.

Quantitativement, si faible que soit le rendement, il ne laissera pas que de soulager quelques médecins militaires, et, en l'état des choses, ce résultat n'est pas médiocre. Si faible que soit le rendement, plus faible encore sera l'effort de traduire en style législatif, d'incorporer au statut à venir du Corps de Santé les quelques phrases nécessaires pour donner force de loi à la proposition. Bon an, mal an, notre parlement dissémine plusieurs kilomètres de texte législatif. Chicanera-t-on pour quinze lignes ? (1).

Qualitativement, mettons les choses au pis. Supposons que seuls des jeunes, des étudiants s'offriront. Mais tout d'abord

(1) Le projet devra maintenir la faculté pour le ministre d'user de médecins conventionnés. Ceux-ci rendent d'extrêmes services, mais le nombre de ces services est naturellement beaucoup plus limité que le serait celui des médecins placés par contrat sous les ordres du Ministre et susceptibles de toute la mobilité exigée des médecins de l'armée active.

© BIU Santé

s'offrir ne signifie pas être accepté. Puis l'Armée dispose d'une gamme extrêmement étendue de postes. Il en est pour des compétences fort diverses. Les étudiants, convenablement guidés, peuvent rendre de grands services dans les corps de troupe. Ils l'ont démontré — et combien — à la guerre. Et les services qu'ils rendront soulageront et rendront à des tâches plus importantes des médecins plus âgés et plus expérimentés.

Ajoutons que le projet ajouterait, dans une faible mesure sans doute, mais ajouterait tout de même, aux moyens de réaliser de l'union, de faire tomber des préventions, de faciliter l'interpénétration des milieux médicaux. Cette interpénétration est essentiellement désirable.

Non seulement des *permutations temporaires* devraient permettre aux médecins d'Armée, désireux d'augmenter leur champ de vision, de passer dans chacune de nos armées (de terre, de mer, des colonies) mais il serait très bienfaisant que, dans toute la limite du possible, des remplacements, consentis loyalement de gré à gré pour un temps convenu, permissent entre confrères l'échange de fonctions médicales militaires contre certaines fonctions médicales civiles. Il est des organismes (la médecine coloniale civile, par exemple) ou ce troc momentané ne paraît pas irréalisable — et ce serait un commencement ...

Rien ne peut nous être plus instructif, rien ne peut être plus favorable à notre chef à tous, médecins civils et militaires, c'est-à-dire *au malade*, que la compréhension commune mise au service d'une commune bonne volonté. Comment mieux et plus vite acquérir cette compréhension qu'en parcourant, d'un pas assuré et l'esprit tranquille, le terrain les uns des autres ?

L'avons nous toujours eue cette commune compréhension indispensable à la mise en action efficace d'une commune bonne volonté ? —

Pour que cela *qui doit être* soit, il faut que le médecin civil n'ait, en entrant dans l'Armée, ni appréhension ni prévention. Il faut qu'il s'y sente accueilli non seulement confraternellement mais *fraternellement*, qu'il n'y redoute ni injustices, ni avanies, ni humiliations, qu'il y soit traité, selon son mérite; qu'à son départ le Commandement ne lui laisse pas de rancœur ou de rancune mais tout au contraire des sentiments d'estime, de la confiance, de l'affection.

Mais pour que cela *qui doit être* soit, il est indispensable que les chefs soient de *bons* chefs, que l'on ne prenne pas nécessairement pour criterium de l'aptitude à commander, un numéro de l'annuaire, que l'on ne confonde pas valeur d'un chef et numéro d'annuaire.

Le commandement est un art difficile, particulièrement — je compte le démontrer — le commandement d'organes composés en majeure partie de techniciens.

Orgueil et vanités bannis, ce qui s'impose à nos chefs et à nous c'est le bien, c'est le salut de notre chef commun, *le malade*. Voilà le but dont la poursuite sincère doit permettre d'éviter antagonismes et froissements.

Le Corps de santé de l'Armée doit être une famille où il est indispensable que techniciens militaires ou civils, officiers, administrateurs, tous autres encore qui lui seraient adjoints, loin de nourrir des aigreurs ou de se consumer en rivalités, éprouvent que leur dignité est sauvegardée, qu'ils sont traités avec justice, également et selon leurs mérites, ressentent une fierté légitime des renoncements consentis pour l'exécution de la lourde et noble tâche (1).

Aussi, loin de perdre, le Corps de Santé, pour son plus grand bien et pour le plus grand bien de son chef souverain, *le malade*, ne fera-t-il que gagner aux contacts confraternels — ne cessant pas, afin de conserver à ceux-ci toute leur *force vivifiante*, d'imposer à l'égal d'un axiome à tous les degrés de la hiérarchie : qu'un Commandement qui n'est pas aimé par l'ensemble des subordonnés n'est pas un bon Commandement et que la catastrophe ne cesse pas de le guetter (1).

G. Espé de Metz.

(1) Il m'est impossible ne de pas regretter l'éloignement du seul Corps de l'armée, autre que le Corps de santé, formé par la culture biologique : le corps des vétérinaires militaires. Sans doute leur autonomie est-elle indispensable en même temps que leur rattachement à la cavalerie paraît inattaquable. Tout de même ne pourrait-il pas exister un organe mixte, un comité formé de médecins et de vétérinaires pour l'étude *technique* des terrains communs (hygiène des agglomérations ou coexistent hommes et chevaux ; étude des viandes et du lait, parasitologie, etc., Et ne conviendrait-il pas que dans les garnisons médecins et pharmaciens collaborassent un peu plus étroitement avec les vétérinaires qu'ils ne le font en général ?

Reproduction autorisée. Indiquer la source : *Progrès médical*, n° 41, du 11 octobre 1924.

P. S. — Les médecins doivent *affection* et *reconnaissance* aux officiers administrateurs du Corps de Santé, leurs fidèles compagnons sous le feu, car ce sont ceux-ci qui, assumant les charges administratives, permettent aux docteurs en médecine de satisfaire en maîtres aux besoins de leur service technique. Grâce à eux les médecins n'en sont plus réduits, comme aux tristes jours de 1870, à s'épuiser pour le bien-être des malades et des blessés en luttes incessantes et bien souvent vaines contre des Chefs qui écrivaient dédaigneusement : « *Les médecins, ces auxiliaires utiles du Service de Santé.....*

Ne plus revoir des conditions aussi ignominieuses et aussi néfastes vaut bien que, nous autres médecins, nous nous donnions la peine de *contre*signer sans *récriminer*, quelques flots plus ou moins épais de paperasses.

Voici comment, selon un projet que l'on m'expose et qui est à mon avis fort sage, devrait être assuré le recrutement des officiers administrateurs du Corps de Santé.

> *Une section d'étudiants en droit, admis après concours à l'école de Lyon et y poursuivant, pendant trois ans, leurs études universitaires en vue de l'obtention du diplôme de licencié. Ces divers élèves fourniraient les 3/5 du cadre.*
>
> *Les deux autres cinquièmes proviendraient en partie des adjudants, en majeure partie des sous-officiers du Corps de Santé.*
>
> *Des cours de perfectionnement (droit militaire et droit médico-militaire) seraient imposés, sans distinction d'origine, à tous les administrateurs du Corps de Santé nouvellement promus officiers.*

Un pareil mode de recrutement consoliderait dans le Corps de Santé une unité morale extrêmement bienfaisante pour le chef commun : le malade.

E. de M.

PRATIQUE OBSTÉRICALE

Ce qu'il faut préparer pour un accouchement

Chambre d'accouchement

La chambre à laquelle on donnera la préférence pour l'accouchement, devra être facile à tenir propre, — facile à éclairer de jour et de nuit, — facile à chauffer.

La chaleur est importante pour la mère qui reste quelquefois découverte pendant plusieurs quarts d'heures et pour le nouveau-né qui est assez sensible au froid. Il faut prévoir que telle nuit qui commence chaude, deviendra fraîche à l'approche du matin.

Lit d'accouchement

Le lit d'accouchement devra être propre, suffisamment élevé, résistant, garni d'une toile imperméable et facilement accessible.

1° Il n'est pas besoin d'insister sur la propreté.

2° Le lit devra être élevé afin de rendre possibles et efficaces les manœuvres que le médecin et ses aides exécutent pour assister la parturiente. Si le lit est bas, on devra prévoir un système de cales susceptible de le hausser à un niveau convenable.

(1) Je dis par l'*ensemble*, car il peut toujours se rencontrer quelques esprits chagrins pour vilipender de bons chefs ; mais l'ensemble des subordonnés ne laisse pas, en général, que de juger avec précision la valeur d'un chef.

© BIU Santé

3º Le lit devra être résistant pour que les fesses et la région génitale ne s'enfoncent pas dans le matelas et puissent être surveillées afin d'éviter les déchirures.

4º Le lit devra être garni d'imperméable, un peu dans l'intérêt du matelas qu'une hémorragie abîmerait, mais surtout dans l'intérêt de la femme, car dans un lit non garni certaines hémorragies passent inaperçues, parce que le matelas les absorbent : ne pas garnir un lit constitue donc une faute lourde.

5º Le lit devra être facilement accessible pour qu'on puisse y accéder de tous les côtés et qu'on puisse donner tous les soins désirables.

Accessoires divers

Il faudra avoir à sa disposition :

de l'eau bouillie (une dizaine de litres) conservée dans des récipients qui aient été flambés ou bouillis, et qui soient bien bouchés ;

de l'eau qui soit en train de bouillir ;

de l'alcool à brûler ;

de l'eau de Javel ;

des serviettes ;

un seau pour recueillir les liquides et substances diverses ;

un récipient pour recueillir le placenta, ce récipient ne devant pas être une des cuvettes destinées aux lavages ;

une balance pèse-bébés avec des poids ;

deux petites baignoires ou autres récipients au cas où, pour ramener l'enfant, il faudrait alterner des bain froids et des bains chauds.

Malle d'accouchement

Dans cette rubrique, j'énumèrerai les divers objets que je considère comme utiles d'avoir sous la main au cas d'un accouchement normal et en prévision d'incidents toujours possibles. Évidemment, la liste qui va suivre représente un luxe de précautions ; évidemment, des millions et des millions de femmes ont mis au monde leurs enfants sans tant de façons. Il n'en est pas moins agréable de disposer, lorsqu'on le peut, de certaines ressources utiles ou salutaires.

J'ai déposé une telle liste dans plusieurs pharmacies importantes qui ont bien voulu me la demander et je la communique à celles de mes clientes qui désirent s'adresser à quelqu'autre maison sérieuse (1).

Produits pour l'antisepsie de le zone génitale. — *Alcool à 90º* : 250 cc. — L'alcool peut parachever la désinfection des mains ; mais surtout je l'emploie mélangé en parties égales avec la glycérine, pour faire la toilette du nouveau-né. J'ai en effet adopté complètement la pratique de ceux qui ne font pas baigner les nouveau-nés. La principale raison est une raison d'asepsie : on évite ainsi de souiller la région du cordon ombilical avec une eau qui forcément ne peut pas être aseptique. De cette façon, les moignons de cordon ont toujours une évolution rapide et le nombre des infections ombilicales diminue considérablement.

Glycérine 250 cc. Destinée, après mélange avec l'alcool, à nettoyer l'enfant.

Savon liquide, additionné d'oxycyanure à raison de 0.10 par litre, contenant beaucoup de glycérine et d'alcol. Ces deux substances tendent à stabiliser le produit et la glycérine le rend plus onctueux. Le savon me sert, d'une part, à faire des toilettes extérieures ; d'autre part, à me laver les mains, puis à lubrifier les gants et les doigtiers pour le toucher vaginal. (Je n'emploie jamais de vaseline au cours de l'accouchement). Je conseille son emploi en présence d'eau oxygénée destinée à le neutraliser.

Eau oxygénée, 250 cc. Destinée à être mélangée avec le savon liquide au moment de s'en servir, comme me l'a appris Leriche : on en neutralise ainsi, dans une certaine mesure, l'alcalinité, car le savon liquide n'étant pas un produit parfaitement stable, n'est jamais absolument neutre.

(1) Les maisons qui préparent de telles malles se font payer seulement les objets qui ont été consommés et demandent pour le reste une somme qui en représente la location.

Oxycyanure de mercure (10 paquets de 0.10 cgr.), chaque paquet destiné à être mis en dissolution dans un litre d'eau bouillie. L'asepsie est trop difficile à réaliser pour ne pas faire de l'antisepsie de précaution. Parmi les antiseptiques, j'ai choisi l'oxycyanure, qui est efficace, facilement maniable et peu caustique.

Teinture d'iode (deux flacons de 60 cc.) Nécessaire pour antiseptiser : 1º le champ opératoire ; 2º les mains de l'opérateur s'il doit pénétrer d'urgence dans l'utérus ; 3º le liquide destiné à une injection vaginale ou intra-utérine.

Bock stérile d'un litre avec son caoutchouc. Il est nécessaire dans les cas d'urgence d'avoir un bock stérile tout prêt. On peut, dans les cas où il n'y a pas urgence, se servir de cet appareil ou faire bouillir soigneusement le bock et le caoutchouc que possèdent habituellement les parturientes.

Deux canules vaginales, trou au bout, stérilisées dans une éprouvette scellée.

Un bassin : je considère comme plus commodes les modèles qui ne sont pas en plan incliné.

Trois cuvettes rondes émaillées pouvant être stérilisées par flambage.

Une boîte de compresses moyennes stérilisées.

Une boîte de coton hydrophile en petits carrés (200 gr.) *stérilisés.*

Coton hydrophile plié en accordéon (1 *m. sur* 0,20) *en boîte de carton.* Plus utile que le paquet de coton roulé, car on peut utiliser juste la quantité de coton nécessaire sans souiller le reste.

Une boîte de 6 *champs opératoires en tangeps stérilisés.*

Pansements vulvaires stérilisés, composés d'une lame de coton enfermée dans de la gaze. Extrêmement utiles dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, alors que les organes génitaux présentent de petits traumatismes. Ultérieurement, on pourra en continuer l'emploi ou se servir de garnitures ordinaires soigneusement stérilisées par repassage au fer bien chaud.

Produits pour l'antisepsie de l'opérateur. — En plus des articles ci-dessus, il convient d'avoir :

Deux boîtes contenant chacune un doigtier de caoutchouc à deux doigts avec protecteur. — Cet article est indispensable pour les examens que l'on pourrait être appelé à pratiquer au cours de l'accouchement.

Deux paires de gants caoutchouc moulé stérilisé (la paire de l'accouchement et la paire de la délivrance artificielle d'urgence).

Brosse à onges et cures ongles stérilisés.

Blouses et tabliers stériles ou simplement propres, si l'on considère leur stérilisation comme illusoire.

Substances destinées à remonter l'état général ou à modifier la contraction utérine. — *Seringue stérile de* 2 *cmc. avec aiguille stérilisée.*

Ampoules d'urgence : 2 *ampoules de morphine* qui sont extrêmement utiles lorsqu'il se produit de la contracture et des douleurs anormalement pénibles au cours de l'accouchement ; (je m'en sers assez souvent) ; 2 *ampoules de strychnine*, à titre de tonique si, après l'accouchement, il se produit des hémorragies ou du shock ; (je m'en sers rarement) ; 2 *ampoules de caféine et* 2 *de spartéine*, en cas de défaillance cardiaque (je m'en sers exceptionnellement) ; 4 *ampoules d'ergotine*. J'ai mis un nombre plus élevé d'ampoules d'ergotine, étant donné le caractère d'urgence qui existe du fait de certaines hémorragies. On n'emploiera ce médicament qu'après évacuation complète de l'utérus : évacuation des annexes fœtales et évacuation des caillots.

Ampoules d'adrénaline au 1/000. — L'adrénaline est un médicament héroïque, à n'employer que dans des cas très graves d'hémorragies et de shock. Il faut se rappeler que souvent les injections d'adrénaline chez les femmes enceintes, déterminent des gangrènes locales ; il faut se rappeler en particulier que le fait de mélanger de l'adrénaline et du sérum peut être le point de départ de grandes escarres qui engagent gravement la responsabilité du médecin ou de la garde. Ceci dit, il faut aussi rappeler que l'adrénaline a sauvé la vie à bien des femmes.

© BIU Santé

Ampoules d'huile camphrée. — En cas de shock, c'est le médicament le plus couramment employé. (Ampoules de 10 cc.).

Ampoules d'hypophyse. — Médication servant à renforcer les contractions utérines ; très délicate et même dangereuse à employer, avant l'accouchement, tant pour l'enfant que pour la mère elle-même, mais qui est très précieuse dans certains cas. Seuls des gens qualifiés peuvent utiliser ce médicament (1). D'autre part ce médicament peut être utile après l'accouchement pour combattre les hémorragies de la délivrance.

Quatre cachets de quinine de 0,25 cgr. — La quinine bien maniée rend de grands services au cours de l'accouchement pour modifier la contraction utérine.

Substances pour le nouveau-né. — *Un petit flacon de collyre au nitrate d'argent à 1 pour 50 avec compte-gouttes oculaire.* — Cette présentation est de beaucoup plus maniable que les ampoules scellées que l'on est forcé d'ouvrir à la lime.

Les solutions plus faibles que 1/50 sont inefficaces, les solutions plus fortes sont dangereuses ; il faut toujours vérifier si, par erreur, le pharmacien n'a pas donné une solution plus concentrée.

Farine de moutarde (125 gr.). — Extrêmement utile lorsqu'il y a lieu de ranimer un enfant né en état de mort apparente.

Anesthésie. — *Deux flacons de chloroforme.* — Chloroforme de marque, bouché haut, de façon à pouvoir être débouché facilement. Un bouchon stilligoutte accompagne le flacon et peut être adapté facilement. Cette présentation permet l'utilisation rapide du chloroforme. Les ampoules scellées qu'il faut ouvrir à la lime sont beaucoup moins pratiques.

Le chloroforme servira dans trois cas :

1° intervention ;

2° excès de la contraction utérine ;

3° indication de complaisance en cas de douleur.

Une ampoule contenant 0,50 de novocaïne dissoute dans 50 cc. d'eau distillée. Destinée à faire de l'anesthésie locale ou régionale pour une périnéoraphie éventuelle.

Ligatures et hémostase. — *Un tube de catgut n° 2.*

six crins gros.

Pince omphalotribe de Bar ou de Devraigne. — Je préfère l'emploi de ces instruments à une ligature à la soie ou au fil.

Ce qu'il faut en cas d'hémorragie. *Un thermomètre pour bock* indispensable, car il faut savoir exactement la température d'une injection chaude (ou encore la température d'un bain donné à un nouveau-né qu'on veut ranimer).

Deux ampoules de sérum physiologique de 250 cmc. pour combattre les hémorragies de la délivrance.

Un tube à injection pour sérum avec une aiguille et embout stérilisés.

Bande de gaze pour tamponnement dont il faut se servir de façon tout à fait exceptionnelle, mais qu'il est prudent d'avoir à sa disposition. Elle mesure 10 mètres sur 0,10. Pliée en quatre épaisseurs, cousues entre elles pour éviter la dissociation, cette bande est présentée stérile dans une boîte de métal. Elle doit être préparée de façon très soignée et faite avec une excellente matière première et une gaze très serrée. Les articles bon marché sont absolument à rejeter.

Articles divers. *Toile imperméable* de 1 m. 50 sur 1 mètre.

Sonde de Nélaton stérilisée n° 18.

Bandage de corps : J'emploie un modèle assez grand qui mesure 45 cm. de hauteur et 1 m. 15 de large. Ce bandage de corps peut se serrer à l'aide de 7 bouclettes qui permettent un serrage progressif aux différents niveaux du corps.

Trois boîtes d'épingles de sûreté.

Talc stérilisé, très préférable à toutes les poudres végétales pour la toilette du nouveau-né.

Une bande de crêpe Velpeau de 0,05, destinée à tenir la compresse qui servira de pansement ombilical et qui habillera la pince omphalotribe de façon à ce que celle-ci ne blesse pas l'enfant.

Thermomètre contrôlé pour température.

Deux feuilles de pesées (par mois, par année).

Une feuille de température.

Un bout de sein.

Présentation de la malle d'accouchement. Mon ami Pierre Laurent-Gérard, ancien chef de laboratoire du professeur Carnot et actuellement directeur d'une des pharmacies dont je donne l'adresse à mes clientes, m'a conseillé l'emploi d'une malle à une seule raquette, de façon à ne pas encombrer la chambre de l'accouchée par des raquettes multiples. Par conséquent, il a fallu une malle plutôt large et non conçue en hauteur. Cependant il faut éviter la malle complètement plate qui serait difficile à transporter et à loger étant données ses dimensions (1).

L'existence de la raquette nous donne deux compartiments : 1° le fond de la malle, dans lequel se trouvent les pansements et les gros accessoires ; 2° la raquette, dans laquelle se trouvent les articles de petites dimensions qui sont difficiles à trouver dans les malles en hauteur.

A) *La raquette* employée est divisée en plusieurs compartiments que l'on peut classer ainsi :

1° Quatre compartiments contenant les médicaments hydermiques, les ampoules de sérum physiologique, les seringues et les tubes injecteurs ;

2° Un compartiment contenant toutes les canules et les sondes ;

3° Un compartiment contenant toutes les ligatures, crins, catguts ;

4° Un compartiment à plusieurs divisions contenant tous les produits pharmaceutiques, solutions, eau oxygénée, chloroforme, savon liquide, vaseline, talc, etc.., et les très petits accessoires (thermomètres, épingles, pince omphalotribe, etc...)

B) *Le fond de la malle*, divisé lui aussi en grands compartiments, contient les articles suivants :

1° Quatre compartiments contiennent les gros accessoires (la blouse stérilisée, le bock stérilisé, les cuvettes, le bassin, les toiles imperméables et les bandages).

2° Un compartiment contient les bandes et les cotons.

3° Un compartiment contient les divers pansements stérilisés (pansements vulvaires, gaze à tamponnement, carrés de coton, pansement ombilical, etc..) Une enveloppe spéciale et très visible permet de trouver rapidement les gazes à tamponnement qui sont le plus souvent employées d'urgence.

Une liste d'inventaire établie alphabétiquement accompagne la malle et permet de se rendre rapidement compte de son contenu.

MA TROUSSE :

Dans une trousse de cuir, j'apporte les objets suivants :

une boîte contenant un forceps Tarnier, une sonde intra-utérine, deux pinces à col, deux pinces à pansement ;

une boîte avec les instruments nécessaires à une périnéorraphie ;

une boîte avec les instruments suivants : 2 pinces de Kocher, une paire de ciseaux, un aspirateur de Ribemont-Dessaignes ;

une boîte avec une seringue en verre de 20 cc.

une boîte avec une seringue de 2 cc. et quelques ampoules d'urgence ;

un appareil à chloroformisation de Tuffier ;

un sthéthoscope obstétrical ;

un stéthoscope obstétrical biauriculaire que j'ai fait construire suivant les principes de De Lee et Hillis.

(1) Voir VIGNES. — *Physiologie obstétricale.* Masson, édit., 1923, p. 328 et « Les médicaments qui modifient la contraction utérine ». *Presse Médicale*, 23 janvier 1924, p. 70. Il y a des exaltés qui se sont fait une « religion » de l'extrait hypophysaire. Il y a des gens trop prudents qui se privent de cet excellent produit.

(1) Il est préférable que tous les articles soient contenus dans la malle. Les paquets en plus de la malle, qui contiennent le bock, les cuvettes, sont encombrants et ne se retrouvent pas au moment de l'accouchemont.

© BIU Santé

LA LAYETTE.

Il arrive que de futures mères me demandent comment composer la layette de leur bébé. Voici la liste que je leur donne.

6 chemises brassières à manches longues (premier âge), (en fil usagé ou très fin).
3 brassières flanelle (même forme, même taille).
4 brassières de laine tricotée (premier âge).
6 chemises (deuxième âge).
3 brassières de flanelle (deuxième âge).
4 brassières de laine tricotée (deuxième âge).
4 ceintures (simple bande de flanelle de 80 centim. de long sur 8 de haut, toute droite, ou bande Velpeau mêmes dimensions).
12 bavoirs de piqué épais pour la nuit et le matin.
4 douzaines de couches (couches tétra ou couches coupées dans de vieux draps de fil).
3 douzaines de pointes absorbantes (pointes tétra ou triangles en tissu éponge).
8 culottes de tricot.
6 à 8 paires de bas.
6 à 8 paires de chaussons.
3 langes de laine pour la nuit.
Enfin je conseille de se procurer :
1 tablier de nourrice en caoutchouc.
1 ou 2 toiles caoutchoutées imperméables pour le berceau ou la voiture.
2 carrés éponges très épais, spéciaux pour le lit.

HENRI VIGNES.

XXXIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris* 6-11 *octobre* 1924)

PREMIÈRE QUESTION

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur. Leurs résultats éloignés.

Rapporteurs : MM. Charles DUJARIER et Léon IMBERT.

Dans l'unique rapport dont la première question a été l'objet, les généralités et le traitement orthopédique ont été rédigés par M. L. IMBERT ; le traitement opératoire et les fractures sous-trochantériennes par M. C. DUJARIER.

L'extrémité supérieure du fémur peut se fracturer en différents points, mais dans la presque totalité des cas, c'est au niveau du col que siège la lésion.

C'est donc surtout cette variété de fracture que les rapporteurs ont étudiée. Ils n'ont pas oublié cependant la fracture « sous-trochantérienne » relativement fréquente, mais ne font que citer les variétés « trochantéro-diaphysaire » et « intra-trochantérienne » car ce sont là des formes rares qui ne réclament pas de thérapeutique spéciale.

Considérations générales. — Quatre méthodes se partagent actuellement le traitement des fractures du col du fémur : la mobilisation précoce, l'extension continue, la réduction avec appareil plâtré et l'intervention sanglante.

Toutes ont leurs partisans, et ont à leur actif de bons résultats ; mais aucune ne doit prétendre à supplanter les autres dans tous les cas. Le choix de la méthode varie avec les caractères anatomiques de la fracture, les tendances personnelles du chirurgien, l'état général du blessé.

Ce dernier facteur joue un rôle considérable dans l'évolution de la fracture et peut, à lui seul, orienter définitivement le choix du traitement.

On sait maintenant que la fracture du col du fémur n'est pas l'apanage du vieillard, qu'elle se rencontre tout aussi fréquemment chez l'homme mûr, et même chez l'enfant. Cela n'empêche pas qu'elle est particulièrement grave chez le sujet âgé en raison des complications pulmonaires toujours possibles et de la lenteur des phénomènes de consolidation ; aussi, tel procédé d'immobilisation qui donnerait un résultat excellent chez l'enfant ou l'adulte, n'aboutirait chez le vieillard qu'à une mort rapide.

Enfin, il faut admettre qu'il y aura toujours des blessés, déments, séniles ou gâteux, qui ne relèvent d'aucun traitement autre que le séjour au lit « accompagné d'un simulacre d'extension continue » et voués infailliblement à la broncho-pneumonie. De ceux-ci on ne peut tenir compte dans cette étude thérapeutique et les rapporteurs supposeront toujours, dans leur exposé, qu'il s'agit de sujets dont l'organisme est encore doué d'une résistance vitale suffisante.

Classification. — Delbet et son école, révisant la classification des anciens auteurs, distinguent trois variétés de fractures :

I. Les fractures cervico-trochantériennes.
II. Les fractures sous-capitales.
III. Les fractures transcervicales.

Sur 85 fractures du col fémur rencontrées à l'Hôtel Dieu et à la Conception de Marseille, 4 étaient du type sous-capital, 25 transcervicales, 46 cervico-trochantériennes.

Il faut tenir compte, dans de telles statistiques, du coefficient personnel ; il est rare qu'une fracture cervico-trochantérienne prête à contestation, mais il n'en est pas de même des transcervicales et des sous capitales.

Les adultes et les enfants présentent surtout les variétés sous-capitales et transcervicales ; les formes cervico-trochantériennes se rencontrent plutôt à l'âge avancé.

Etude radiologique. — Un bon examen radiologique s'impose. L'interprétation du cliché peut être délicate. Il faut se garder, en particulier, de conclure de la superposition des ombres à la pénétration des fragments auxquels elles correspondent.

Le cliché sera pris, le malade couché sur le dos en position horizontale, reposant sur la plaque sensible, le tube au dessus de lui, le foyer se trouvant dans la verticale de la tête fémorale. On doit donner au pied une position telle que l'on évite les effets de raccourci qui modifient l'aspect du col. Et à ce sujet Japiot a fait remarquer que le pied ne doit pas seulement être vertical, mais encore en rotation interne maxima.

Seule, cette attitude corrige l'angle de déclinaison du col et permet d'obtenir tout le développement de ce col. Pour réaliser cette position du pied, l'articulation doit être mobile et le col non déformé. Or, ces deux conditions manquent souvent. Nous ne jugeons de la position du col que par l'attitude du pied ; chez le fracturé, cette relation est modifiée, et c'est cette modification qu'il importe de connaître.

En résumé, c'est l'attitude de chaque fragment que le chirurgien doit demander à la radiographie.

La position du pied indique déjà cliniquement l'attitude du fragment externe, mais l'examen radiographique est nécessaire pour apprécier celle du fragment interne. A l'épreuve prise en position couchée, il convient parfois d'ajouter d'autres épreuves dessinant le col non plus de face mais de profil — ou de recourir au procédé décrit par Ducroquet. Il consiste, le sujet étant couché, à mettre la cuisse fracturée à angle droit pour que le col soit saisi de profil, à la porter en abduction à 40 degrés pour corriger l'angle d'inclinaison et en légère rotation externe pour corriger l'angle de déclinaison.

Dans toute fracture douteuse, il est de bonne pratique de faire un examen radiographique comparé des deux hanches fixées dans la même attitude. On rencontrera parfois certaines anomalies bilatérales qui faute d'un tel examen en auraient imposé pour une lésion du squelette.

Evolution des fractures du col du fémur. — Une place spéciale doit être faite aux fractures incomplètes dont l'existence n'est mise en doute par personne. Ce les-ci guérissent d'ordinaire sans accident et sont diagnostiquées « contusion de la hanche ». Exceptionnellement, elles peuvent « se compléter » à l'occasion d'un traumatisme insignifiant ; elles sont alors considérées comme des fractures spontanées.

Les fractures du col du fémur, primitivement ou secondairement complètes, peuvent aboutir plus ou moins rapidement à la mort. Celle-ci est souvent la conséquence d'une pneumonie hypostatique ou de lésions viscérales concomitantes. Suivant les statistiques elle survient de 17 à 30 fois sur 100 et apparaît généralement dans les huit jours qui suivent l'accident.

Si le blessé a échappé à la mort il est menacé par deux complications qui constituent vraiment le « nœud » du pronostic fonctionnel : la pseudarthrose et la consolidation vicieuse.

La *pseudarthrose* est fatale dans les fractures sous-capitales. Elle est encore fréquente dans les fractures transcervicales ; mais souvent dans ces cas elle s'accompagne d'une formation de tissu dense et fibreux qui permet un rétablissement fonctionnel suffisant.

Dans les fractures cervico-trochantérienne, la consolidation osseuse est de règle.

Les *consolidations vicieuses* sont rares. Les mouvements de la

© BIU Santé

hanche sont toujours limités, mais l'ankylose vraie est exceptionnelle. D'ordinaire la flexion de la cuisse arrive à l'angle droit et l'abduction est diminuée de moitié.

Traitement des fractures du col du fémur. — Il peut être orthopédique ou chirurgical.

Traitement orthopédique. — MÉTHODE DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Elle vise à éviter les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire tout en diminuant les risques de congestion hypostatique. Elle consiste dans le lever précoce, dans la pratique du massage, de la mobilisation passive puis active du membre malade.

Les résultats fonctionnels sont médiocres, mais la méthode doit être conservée pour les cas où l'âge avancé et les complications pulmonaires ne permettent pas de recourir à un autre traitement.

La TRACTION CONTINUE cherche à obtenir la dépénétration des fragments par application d'un poids de 15 à 25 kilos. Cette traction doit être faite en attitude d'abduction et de rotation interne. L'appareil de Tillaux répond à ces indications. Judet, Bruns, Beely, se sont ingéniés à améliorer son dispositif.

Les résultats sont souvent mauvais, exceptionnellement bons.

La méthode n'est applicable qu'à un malade robuste capable de se surveiller. Elle réclame un contrôle radiologique fréquemment renouvelé et une surveillance médicale continue. La contre extension y est mal assurée.

L'appareil de cuisse de Delbet, la méthode de C divilla, celle de Ruth, marquent d'heureuses modifications de l'appareil de Tillaux, mais sont passible des mêmes reproches.

La MÉTHODE DE ROYAL WHITMAN paraît être le procédé orthopédique le meilleur. Elle traite la fracture du col comme toute autre fracture par la réduction et la contention en bonne attitude.

Le malade endormi est placé sur un pelvi-support dont la tige verticale s'applique sur le périnée. Un autre support permet de placer les épaules à la même hauteur que le bassin. Deux aides maintiennent les jambes et exercent sur elles des tractions longitudinales égales de chaque côté ; leurs efforts tendent à corriger le raccourcissement.

Pendant que s'accomplit la réduction, le chirurgien soulève la cuisse et par des pressions appropriées facilite la remise en place des fragments et la rotation interne.

Les deux membres inférieurs sont mis symétriquement en abduction complète ; on sent du côté malade que le col du fémur entre en contact avec l'acétabulum quand l'angle d'abduction est voisin de 45 degrés.

On applique alors un long spica plâtré maintenant le membre en extension complète, abduction et rotation interne. Le plâtre remonte des orteils à la ligne axillaire.

Le malade est replacé sur son lit dont la tête est légèrement surélevée. On le retourne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt sur le ventre pour éviter les escarres et les complications d'hypostase.

L'appareil est laissé en place de huit à douze semaines, mais le malade doit garder le lit plus longtemps jusqu'à rééducation de ses muscles et reprise des mouvements.

Nombreux sont les chirurgiens qui ont cru devoir modifier cette méthode. Barbarin applique un plâtre court s'arrêtant aux genoux. Judet ajoute à l'abduction et à la rotation interne l'attitude en flexion permettant la station assise. Baldo Rossi combine l'appareil plâtré et l'extension prolongée et laisse malgré cela le malade se lever.

Les résultats que donne la méthode de Whitman sont généralement considérés comme bons. Campbell, dans 90 p. 100 des cas, a obtenu de solides réunions osseuses dans les fractures centrales ou cervicales vraies. Whitman lui-même, cité par Rossi aurait noté 80 p. 100 de succès.

Par contre, on peut opposer à ces faits l'expérience de Delbet qui n'a jamais vu de fracture cervicale vraie consolidée.

Les indications du traitement orthopédique. — Il faut distinguer les fractures cervicales et les fractures cervico-trochantériennes.

Dans le premier cas on peut avoir affaire à une sous-capitale ou à une transcervicale. Les fractures sous-capitales ne se consolidant pas, le traitement orthopédique est illusoire ; le seul espoir est dans l'intervention sanglante permettant l'enchevillement.

Les fractures transcervicales se consolident souvent. Campbell a observé le fait 24 fois sur 29 blessés. Barbarin, Trèves, Judet et Alazard ont rapporté des cas incontestables de consolidation. C'est encore l'opinion de Baldo Rossi qui proteste contre l' « absolutisme » de Delbet.

Dans ces fractures transcervicales le résultat favorable est d'autant plus probable que le trait de fracture est plus externe et par suite le fragment interne plus long. Pour ces cas, le traitement orthopédique est indiqué et pourra souvent être tenté avec chance de succès.

Les fractures cervico-trochantériennes seront traitées différemment suivant l'état général des malades.

Les sujets fatigués, âgés, pour qui le décubitus dorsal serait gros de conséquence, ceux dont la radiographie montrera une transparence anormale du col fémoral, bénéficieront de la méthode de Lucas-Championnière.

Pour les sujets plus résistants, le choix s'exercera entre l'extension continue et l'appareil plâtré. Les préférences iront souvent à l'appareil de Whitman ou à ses dérivés, notamment à celui de Judet.

Traitement opératoire des fractures transcervicales. — **Fractures récentes.** — Bien que le vissage ou l'enclouage du col fémoral fracturé aient été pratiqués dès 1858 par Langenbeck et depuis par quelques autres chirurgiens, Trendelenburg, Nicolaysen, Lambotte, c'est à Pierre Delbet que revient le mérite d'avoir créé, pour le traitement des fractures transcervicales, une méthode opératoire précise.

I. LA MÉTHODE DE DELBET consiste essentiellement, après réduction de la fracture et sans arthrotomie, à introduire à travers le col une vis qui, partant de la corticale externe diaphysaire va jusqu'au noyau central de la tête du fémur et solidarise ainsi les deux points solides de l'extrémité supérieure de l'os.

Cette opération nécessite un repérage exact de la tête et la connaissance de l'angle de déclinaison du col. La tête ne peut être repérée avec sécurité que par la radiographie. Quant à l'angle de déclinaison, Delbet a d'abord montré que cet angle est de 12 degrés environ quand, le sujet étant couché sur le dos, le pied est ramené à la verticale ; il a ensuite imaginé une instrumentation qui comporte un guide cylindrique ou canon, grâce auquel le forage et le vissage à travers le col peuvent être faits avec une inclinaison de 12 degrés sur l'horizontale dans la direction de la tête déterminée par un index.

Pratiquement, voici comment procède Delbet : Le malade est couché sur une table en bois plane. La réduction est obtenue par une traction de 15 à 20 kilogs sur chaque pied, les deux pieds étant maintenus verticaux et attachés l'un à l'autre par leur gros orteil. Les deux membres doivent être absolument symétriques. Après anesthésie générale ou locale, une incision longitudinale est faite à la face externe du membre de manière à découvrir le fémur au-dessus de la crête sous-trochantérienne. On met alors en place l'appareil-guide, on règle la hauteur du canon afin que la perforation puisse attaquer l'os à 1 centimètre au-dessous de la crête, à égale distance des faces antérieure et postérieure du fémur et on conduit la pointe de l'index sur le repère cutané qui représente le centre de la tête. Forage du col jusqu'à la tête avec une mèche de 7 millimètres. Une vis à bois de 7 à 9 centimètres, selon la longueur du col est enfoncée à bloc et la plaie est suturée.

II. TECHNIQUE DE DUJARIER. — Le rapporteur a cherché à améliorer la technique précédente à trois points de vue :

1° Radioscopie et radiographie pendant l'opération ;

2° Emploi d'une table opératoire combinée de telle sorte que le sujet, l'appareil de Delbet et la table soient étroitement fixés l'un par rapport aux autres ;

3° Choix du matériel de prothèse.

1° *Radioscopie et radiographie.* — Comme il est très difficile d'empêcher l'appareil de Delbet de se déplacer au cours des manœuvres opératoires, Dujarier a pris le parti de n'opérer que sur une table permettant de contrôler par la radioscopie et la radiographie la progression de la vis. Au début il utilisait seulement la vérification radioscopique à la bonnette, mais ce procédé manque de précision et a encore le défaut de ne renseigner le chirurgien qu'indirectement.

La radiographie contrôle bien la marche de l'opération si l'on prend successivement plusieurs clichés. En la combinant à la radioscopie et en faisant repérer la tête avant l'opération sous traction et dans la position opératoire, on peut se contenter de deux clichés et même d'un seul. Mais il faut savoir que le rayon normal de l'ampoule doit passer à la fois par l'axe de l'index et celui du canon, et d'autre part que la longueur du col est amplifiée sur la radiographie, de 1 cm. 5 en moyenne quand l'ampoule est à 60 centimètres de la plaque.

2° *Plan opératoire spécial.* — Dujarier a adapté à la table de Rechou un plan dérivé de celui de Ducroquet qui comporte une planche coulissant sur la table, des fiches en bois pour fixer le malade — trois du côté sain, une du côté malade — une pièce interfémorale rembourrée, un coussin sacré et deux longues tiges d'acier munies d'étriers auxquels les pieds sont attachés dans la position verticale. Une pièce spéciale permet, de fixer l'appareil de Delbet à la table.

© BIU Santé

3° *Matériel de prothèse.* — Les vis en os lué, armées ou non qui ne présentent aucun avantage et se fracturent souvent, sont abandonnées par la plupart des chirurgiens. Le rapporteur emploie des vis de 7 millimètres de diamètre, pourvues à leur extrémité, comme les vis de Lambotte, d'une langue d'aspic et d'un taraud, présentant un filetage large, étendu à toute la longueur de la vis et longues de 8 à 9 centimètres.

Ces vis spéciales ont été construites pour lutter contre le tassement secondaire qui s'accompagne d'une sortie partielle de la vis. Afin d'éviter le dévissage qui est incontestable en certain cas, on fera bien de creuser une logette au point d'implantation pour la tête de la vis.

Dujarier a quelquefois placé deux vis, mais cette pratique plus compliquée ne lui a pas paru présenter grand avantage.

Il a enfin dans quatre cas et d'ailleurs avec un seul succès, essayé d'obtenir une meilleure régénération osseuse par l'emploi de greffes ostéopériostiques, selon une technique plus généralement appropriée au traitement des pseudarthoses.

III. Technique de Noordenbos. — Le chirurgien d'Amsterdam a une longue expérience de la réparation opération des fractures du col qu'il pratique depuis 1914 et dans la thèse de son élève Weijtland ont été publiées en 1923, 70 de ses observations. Son procédé se distingue par la simplicité du repérage et par le matériel de synthèse.

L'extension est faite par un aide sur le membre malade mis en abduction maxima, le pied étant placé en rotation interne de 12 à 15 degrés pour annuler l'angle de déclinaison du col qui se trouve sensiblement horizontal. L'opérateur pour forer le col attaque la face externe du fémur à 2 centimètres au-dessous du grand trochanter et vise l'épine iliaque antéro-supérieure du côté opposé. Le canal creusé par la mèche est de 9 centimètres chez l'homme, de 8 chez la femme. Il sert à loger un greffon péronier qu'on enfonce au maillet jusqu'à la profondeur voulue.

IV. Technique de Santy. — La tête est repérée radiographiquement et l'opération est conduite suivant les principes de Delbet, mais sans l'appareil-guide. Le canon est remplacé par une manœuvre qui consiste, après engagement de la tarière, à abaisser la main de 3 centimètres environ pour suivre l'angle de déclinaison. Santy a toujours pu ainsi enfoncer ses vis en bonne place.

V. Technique de Robineau et Contremoulins. — Elle est extrêmement précise mais compliquée. La réduction est faite en associant à la traction longitudinale une traction transversale qui se montre particulièrement utile dans les cas difficiles. On construit par la méthode métroradiographique une épure qui permet de repérer à 1 millimètre près tous les détails de l'extrémité supérieure du fémur. Les fragments sont maintenus par une vis d'os de bœuf qui n'est filetée que dans la partie correspondante au fragment interne et dont un écrou appuyé sur une cale oblique maintient la partie externe.

Pseudarthroses du col. — La consolidation des fractures du col est très lente, elle demande six mois à un an, mais au point de vue thérapeutique, il semble qu'on doive traiter comme une pseudarthrose toute fracture du col datant d'un ou deux mois.

Anatomiquement, dans les cas anciens, le col attenant au grand trochanter se résorbe, comme l'a montré Basset, mais non la tête et une couche osseuse se forme au niveau du trait de fracture aussi bien du côté du col que du côté de la tête.

Cliniquement, la pseudarthrose est bien différente dans ses manifestations, suivant qu'elle est lâche ou serrée. Dans les cas douteux le signe du tiroir, décrit par Delbet, peut rendre service. Le sujet étant assis, quand il y a pseudarthrose la cuisse tirée en avant et refoulée effectue un mouvement de tiroir. Ce signe peut d'ailleurs être recherché aussi bien sur le sujet couché. Chez les sujets gras, il est préférable de comparer deux radiographies faites l'une sans traction, l'autre sous forte traction.

Au point de vue opératoire, il faut distinguer les rares pseudarthroses qui ne causent que peu de troubles fonctionnels et peuvent être abandonnées à elles-mêmes, de celles infiniment plus nombreuses qui constituent de graves infirmités et doivent être opérées.

A. Les méthodes d'enchevillement. — I. *Technique de Delbet.* — Un greffon péronier de 7 à 11 centimètres est prélevé à la scie de Gigli, dépériosté et enfoncé au maillet dans un tunnel foré à travers la tête et le col avec des mèches de 7, 10 et 12 millimètres. Le greffon tient en général de lui-même ; quelquefois il est nécessaire de le fixer par une agrafe.

II. *Technique d'Albee.* — On pratique d'abord une arthrotomie antérieure. La fracture est réduite sous le contrôle de la vue, les extrémités osseuses sont économiquement avivées au ciseau. Puis le grand trochanter est mis à nu comme dans la méthode de Delbet. Le col est foré avec une mèche de 12mm25 mue par le moteur électrique d'Albee et on la remplace par un greffon tibial façonné en cheville de même calibre que la mèche.

III. *Greffe ostéo-périostique.* — Pour obtenir plus sûrement la consolidation osseuse, Dujarier a, dans quelques cas, utilisé la greffe ostéo-périostique, enroulant cette greffe dans un tube métallique pour la pousser dans le tunnel du col. Cette technique n'a rempli son but que dans la moitié des cas, soit parce qu'elle est sujette à se déplacer secondairement, soit parce que certains sujets ne sont plus capables de former de l'os.

B. Autres méthodes. — La résection de la tête a été pratiquée avec des résultats très variables par de nombreux chirurgiens Schede, Howe, Regnier, Lejars, Ito et Asahara et récemment Bonn.

Lexer et Withman, après avoir réséqué la tête, modèlent le fragment externe et le reposent dans le cotyle. Cette technique leur a donné de bons résultats.

Brackett désincère les muscles trochantériens, avive la pointe du grand trochanter et l'enfonce dans le fragment interne avivé.

Lorenz fait une ostéotomie oblique du fémur à la base du grand trochanter et déplace le fragment intérieur en dedans sous le fragment interne, constituant ainsi à ce dernier un appui solide.

(*A suivre.*)

Chastenet de Géry et Dariaud.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Au sujet de l'administration par voie hypodermique des extraits d'ovaires dissociés

Par le Dr L. **SCHIL**

Assez nombreux sont déjà les travaux expérimentaux où sont mentionnés les effets obtenus en opothérapie ovarienne avec les extraits dissociés, agomensine et sistomensine. Mais si dans la plupart de ces publications nous relevons la mention de leur administration sous forme injectable, c'est en fait presque toujours à l'administration *per os* que se rapportent les observations citées. Comme nous avons eu l'occasion, aussi bien dans la clientèle hospitalière que dans celle de ville, d'administrer ces deux médicaments sous forme injectable dans un certain nombre de cas où, pour des raisons que nous exposerons plus loin, la voie hypodermique nous paraissait préférable à la voie buccale, il nous a paru intéressant de noter les résultats d'une telle médication, et ce sont quelques-uns de ceux-ci que l'on trouvera dans les observations ci-après :

Obs. I. — Mademoiselle B..., 28 ans. Bien réglée jusqu'à il y a deux ans, date à laquelle elle a été atteinte d'une pelvipéritonite qui fut soignée en décembre 1922 et janvier 1923 par le repos et la glace. Depuis cette époque les règles sont venues quatre fois : une première fois en février 1923, la deuxième fois en mai, la troisième fois en juillet, la quatrième fois en octobre de la même année. Chaque fois la malade s'est crue enceinte, et chaque fois l'examen a montré un utérus petit et un col normal. En janvier 1924, lorsque nous avons vu la malade pour la première fois, elle venait d'avoir un semblant de règles. L'utérus était petit, en position normale, légèrement douloureux ; accolé à lui, au niveau des cornes utérines on reconnaissait deux masses de dimension égale à celle de l'utérus. Nous posons le diagnostic d'annexite bilatérale que nous traitons par le massage pendant février et mars. En avril, l'utérus ne s'étant en rien modifié, et les règles n'étant pas revenues, nous faisons trois piqûres d'agomensine : les règles viennent quatre jours après la troisième piqûre. En mai, semblant de règles à la date voulue après trois piqûres d'agomensine. En juin, les règles viennent normalement après le même traitement et nous venons de les voir réapparaître en juillet consécutivement à trois nouvelles piqûres d'agomensine. Le traitement sera continué les mois suivants par des pilules d'ago-

© BIU Santé

mensine, le réamorçage de la fonction menstruelle nous paraissant suffisamment déclanché.

Obs. II. — Madame L. D..., 32 ans. Mariée à l'âge de 24 ans. N'a jamais eu de grossesse. A toujours été réglée régulièrement, d'une façon peu abondante et a présenté des pertes blanches intermenstruelles depuis sa formation. Cependant, depuis son mariage, les règles ont diminué notablement et se sont espacées jusqu'à avoir des retards de dix jours ne correspondant jamais à une grossesse. L'examen ne révèle rien d'anatomiquement anormal du côté de l'utérus et des annexes, celles-ci non perceptibles, mais leucorrhée vaginale avec mèche glaireuse sourdant à l'orifice du col. Donc vaginite ancienne, d'origine mal définie, et métrite cervicale catarrhale. Nous faisons deux mois de suite, en janvier et février, trois injections d'agomensine à deux jours d'intervalle, ce qui détermina la réapparition des règles à leur date normale ; les mois suivants la malade prit le médicament sous forme ingérable, et, depuis, ses règles ont repris leur rythme habituel et leur intensité ancienne.

Obs. III. — Madame A. R..., 26 ans. Réglée à 13 ans normalement tous les 28 jours, règles non douloureuses durant quatre jours et abondantes. Mariée à l'âge de 21 ans ; une première grossesse à 22 ans, enfant vivant et bien portant ; une seconde grossesse à 24 ans se terminant accidentellement par une fausse couche de six semaines à la suite de laquelle la malade a eu quelque pertes purulentes et des troubles menstruels avec sensation de pesanteur abdominale. Les troubles menstruels consistent en de légers retards (de un à trois jours) avec sensation de malaise pendant ce laps de temps ; d'autre part, la durée de la menstruation est réduite à deux jours et en abondance diminuée dans de notables proportions. L'examen montre un utérus en position normale, légèrement augmenté de volume, indolore, mobile ; les annexes droites ne sont pas perceptibles mais, par contre les annexes gauches sont de la dimension d'une petite mandarine et sensibles à la palpation. Par conséquent, endométrite légère avec annexite gauche ancienne ayant laissé comme séquelle une insuffisance ovarienne que nous traitons de la façon suivante :

Cinq jours avant la date virtuelle d'apparition des règles, injection d'une ampoule d'agomensine ; le surlendemain nouvelle injection et troisième injection le jour même où le flux devrait apparaître ; les règles viennent le lendemain, plus abondantes, mais ne durent que deux jours ; la malade n'a pas éprouvé cette sensation de lassitude, cette lourdeur du petit bassin, cette congestion intense des seins dont elle se plaignait auparavant. Le mois suivant, même traitement ; les règles apparaissent à leur date normale et durent trois jours, abondantes. Depuis lors, et pendant les trois mois où nous l'avons suivie, la malade a suivi le traitement prémenstruel par voie buccale au moyen de pilules d'agomensine, avec le même résultat.

Obs. IV. — Madame St G..., 27 ans. Normalement réglée jeune fille, a eu peu après son mariage, il y a cinq ans, alors qu'elle était âgée de 22 ans, une métrite cervicale, qui fut traitée, mais à la suite de laquelle elle prit un embonpoint rapide et vit ses règles diminuer notablement et devenir très irrégulières, leur durée même s'étant réduite à trois jours alors qu'elles étaient de six auparavant. L'irrégularité se traduit tantôt par une avance, qui peut atteindre six jours, soit par des retards, qui ont été quelquefois jusqu'à onze jours. L'état général est cependant parfait. L'examen local ne montre qu'un utérus un peu sensible avec des annexes gauches perceptibles et douloureuses Pas de grossesse, et la malade consulte parce qu'elle désirerait avoir des enfants. Nous nous proposons tout d'abord de régulariser les périodes menstruelles. Nous y parvenons après avoir traité la petite annexite gauche par le massage, en faisant des injections d'agomensine à raison de trois (une tous les deux jours) pendant trois mois, durant les jours qui précèdent la date où les règles devraient apparaître. Depuis lors les règles se sont maintenues à leur rythme normal, mais nous ne sommes arrivés, quant à présent, à aucun résultat en ce qui concerne la stérilité de cette malade.

En ce qui concerne l'extrait lipoïdique ovarien, la sistomensine, nous n'avons pu juger de son effet que dans les deux cas suivants :

Obs. V. — Madame K..., 31 ans. Bien réglée jeune fille, a eu à l'âge de 25 ans une première grossesse normale, de même que l'accouchement et ses suites. Deuxième grossesse à 28 ans qui donna lieu à des hémorragies de la délivrance, cependant le retour de couches fut normal. Puis les règles revinrent régulièrement, mais plus abondantes et plus longues qu'auparavant, jusqu'en 1923 où elles durent huit jours, — le double d'autrefois. L'examen de la malade montre un utérus normal, mais un ovaire gauche gros et douloureux.

Quatre piqûres de sistomensine faites à deux jours d'intervalle un peu avant les règles et aux cours de celles-ci pendant trois mois, diminuent notablement l'importance des pertes sans réduire leur durée ; ce résultat fut maintenu les mois suivants par l'emploi des comprimés de sistomensine.

Obs. VI. — Madame C..., 27 ans. Sans enfant, est atteinte de métrite hémorragique d'origine gonococcique ; métrite du col et du corps datant de cinq ans qui, depuis six mois, a donné lieu à une prolongation anormale des règles ; elles duraient cinq à six jours autrefois, et atteignent maintenant dix et même douze jours et se manifestent sous forme de véritables hémorragies qui ne se calment un peu que par le repos au lit. L'examen ne révèle aucune lésion annexielle mais l'utérus est gros, régulier, douloureux, ayant tous les caractères d'un organe métritique sans apparence de fibromatose.

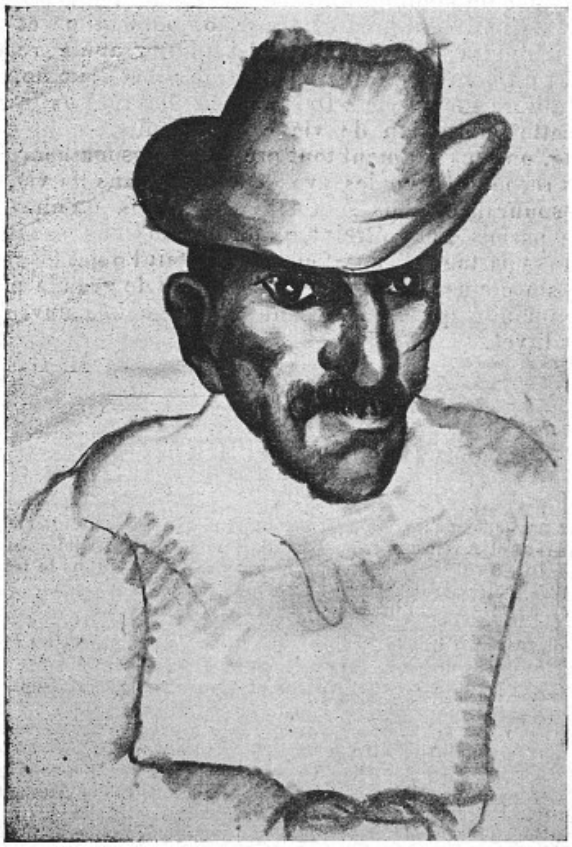
L'emploi systématique de sistomensine injectable pendant trois mois (4 piqûres à 2 jours d'intervalle, commencées avant les règles et poursuivies pendant celles-ci) a réduit l'importance des métrorragies, en même temps qu'un traitement local a diminué l'intensité de la métrite. Ce résultat s'est maintenu, le traitement opothérapique étant continué par la sistomensine en comprimés.

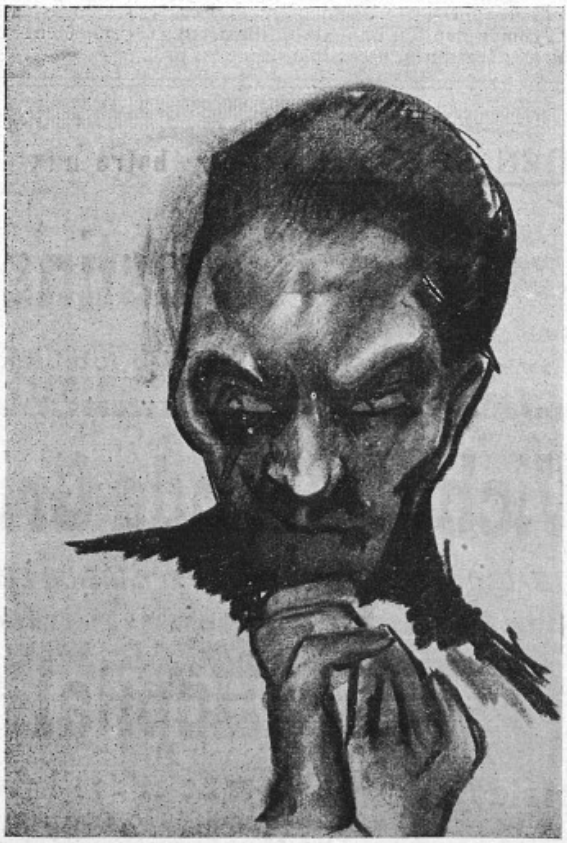
Quelles conclusions convient-il de tirer de ces observations ? Sans nous permettre des affirmations formelles que le nombre encore trop restreint des malades traitées ne nous autorise pas à formuler, nous croyons, cependant, que quelques remarques s'imposent. La première sera tirée de ce fait que dans deux cas d'aménorrhée, non mentionnés ici, la médication par l'extrait d'ovaire protéïdique activateur est restée inactive ; mais, ayant poussé plus avant l'examen de ces malades, nous nous sommes rendu compte qu'il s'agissait chez toutes deux d'une insuffisance multiglandulaire ; chez l'une d'elles à prédominance hypophysaires (syndrome adiposo-génital), et chez l'autre à prédominance surrénalienne avec sénilité précoce.

On conçoit qu'il soit vain de lutter dans de telles conditions contre le seul symptôme d'insuffisance ovarienne, alors qu'il est manifestement secondaire à une perturbation encore plus profonde d'un ou de plusieurs autres organes endocriniens. On sait d'ailleurs que, comme l'a écrit Bield, l'opothérapie ne couvre pas tous les déficits et que ce sont les symptômes d'insuffisance d'une moyenne intensité qui sont par elle le mieux influencés. Une autre remarque, du même ordre, concerne l'extrait lipoïdique, la sistomensine, duquel il ne faut attendre évidemment aucun résultat lorsque les manifestations hémorragiques ne sont pas liées à une suractivité lutéinienne ou folliculaire.

Notons enfin l'action plus rapide, plus nette, des extraits protéïdique et lipoïdique administrés par la voie sous-cutanée, ce qui nous fait leur donner la préférence dans les cas où nous estimons nécessaire de provoquer une stimulation vive de l'appareil endocrinien. Cette activité plus grande des produits injectés n'a pas de quoi surprendre, car il est très vraisemblable que la molécule protéïdique ou lipoïdique élaborée par l'organe endocrinien subit, du fait de son contact avec les sucs digestifs, une dégradation, ou une lyse, qui en altère dans une mesure difficile à évaluer, mais non douteuse, les propriétés spécifiques. Les observations ci-dessus reproduites concernent des malades ainsi traitées, et comme on le voit à leur lecture, le fonctionnement ovarien ayant reçu du fait de ce traitement, continué pendant trois mois en général, un amorçage suffisant, son activité a pu être maintenu ensuite au moyen de l'administration buccale. Ce serait donc aller trop loin que de dénier à celle-ci, comme quelques auteurs l'ont fait, toute activité ; trop de faits cliniques bien contrôlés viennent à l'encontre d'une opinion aussi restrictive. En réalité, il appartient au gynécologue de recourir, suivant le cas, soit à la forme ingérable, soit à la forme injectable de la médication ovarienne, soit encore à une opothérapie pluriglandulaire quand, comme nous l'avons vu, la déficience d'une ou plusieurs autres glandes rend inopérante la seule opothérapie ovarienne. Toutefois, c'est dans les cas nettement définis que cette dernière, sous forme d'agomensine et de sistomensine, donnera les résultats les plus probants, qu'il s'agisse d'intensifier ou, au contraire, de réfréner l'action de l'ovaire sur l'utérus.

© BIU Santé







ART ET MÉDECINE

L'exposition du Docteur Louis Livet

C'est un confrère qui, à la Galerie Marcel Bernheim, ouvre la saison artistique. Quarante dessins au fusain et crayon noir sont réunis, offrant aux visiteurs les « Images de la Folie », et cette vision particulièrement impressionnante par son réalisme ne saurait manquer de retenir l'attention des médecins et des artistes. Ceux-ci apprécieront la singulière vigueur du modelé et l'intensité d'expression de ces modèles d'humanité douloureuse. Ceux-là retrouveront les types cliniques que leur observation a déjà notés dans les asiles, dans les salles d'hôpital, dans la pratique journalière.

L'artiste, psychiatre et médecin de valeur, a trouvé dans le dessin *l'expression* qui manquait encore à la science psychiatrique ; si l'on considère certaines de ces études, celle par exemple du « *mutisme volontaire* » on y peut lire l'obstination irréductible du malade, la volonté sans intelligence qui maintient hermétiquement closes ses lèvres et ses paupières, la débilité psychique et tout ce qui dans une page entière de texte ne pourrait être aussi fidèlement transcrit, aussi magistralement condensé.

Pour cette synthèse de la science et de l'art, il fallait que le médecin fût doublé d'un artiste, et les œuvres que l'éclectisme éveillé de Marcel Bernheim nous fait connaître aujourd'hui sont toutes empreintes d'un modernisme de bon aloi, certaines de ces pages réunissent la fluidité de l'aquarelle à l'âpreté du burin ; la souplesse du modelé se développe, épouse les formes et les contours, s'écrase parfois brutalement sur un trait incisif qui souligne tel détail d'expression psychologique et dégage tel caractère significatif du modèle.

© BIU Santé



Le dessin doit être un cinéma, et représenter dans une impression de lignes et de valeurs les instants successifs de l'activité du sujet ; c'est ce qui distingue, par exemple, le dessin d'un homme qui marche d'une photographie du même individu. Le dessin sera toujours animé et vivant, il rendra le mouvement. La photographie représentera un homme qui marche comme s'il était immobile, en équilibre sur un pied. Devant ces « Masques de la Folie » cette impression de vie est particulièrement poignante, on sent vraiment tout près de soi ces malheureux, on les reconnaît pour les avoir coudoyés dans la vie, et leurs souffrances nous semblent si proches qu'une angoisse parfois nous étreint, qu'un frisson nous saisit, et que nous partageons aux fous qui ont fait l'objet de cette étude sincèrement exacte, les sentiments de grande pitié et d'humanité qui caractérisent si noblement l'œuvre de Louis Livet.

M. G.

BIBLIOGRAPHIE

Notions pratiques de toxicologie végétale indigène, par A.-L. Marchadier, et A. Goujon, préface de L. Guignard, membre de l'Institut, 1 vol. in-8 de 284 pages avec 66 figures dans le texte. Prix 22 fr. (Gaston Doin, éditeur, 8 place de l'Odéon, Paris (VIe).

Cet ouvrage est indispensable aux étudiants en médecine et en pharmacie qui trouveront dans cet ouvrage les documents les plus complets et les plus récents sur les plantes toxiques qu'ils doivent connaître.

D'ailleurs pour rendre plus facile l'étude de nos intoxications, les auteurs ont pensé qu'il y avait lieu de rompre avec l'usage qui consiste à réunir par famille les plantes toxiques. Ils sont très heureusement classé ces dernières d'après la nature de leur principe actif.

Ils ont également mis en lumière la question des poisons fluorescents ainsi que celle des gesses toxiques qui sont à l'ordre du jour.

Enfin, ils ont enrichi leur ouvrage de nombreuses gravures, dont plusieurs hors-texte, soigneusement tirées. Ces dernières ajoutent à la compréhension du texte et illustrent et complètent une littérature intéressante, accessible même au profanes

LIPOÏDES H. I.

STIMULANT ET ACTIVATEUR des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOCRINOL

CALMANT ET SÉDATIF des Fonctions Ovariennes et de la Menstruation

GYNOLUTÉOL

INDICATIONS :

Aménorrhée, Troubles de la Puberté, Dysménorrhée, Stérilité, Sénilité, Hypoovaries, etc.

4 à 8 pilules par jour

Ménorragies essentielles, Troubles de la castration et de la ménopause, Règles douloureuses.

4 à 8 pilules par jour

LABORATOIRE J.M. ISCOVESCO - 107, Rue des Dames - PARIS-17e

R.C. Seine 64264 DERMATOTHÉRAPIE Janvrin pharmacien

TRAITEMENT des

ECZÉMAS (secs ou suintants), PSORIASIS, SEBORRHÉIDES, GALE SYCOSIS, IMPÉTIGO, PRURITS, INTERTRIGO

BAUME DURET

FORMULE

Soufre dissous
Camphre
Goudron, Huile de Cade, etc.

Piot, Lemoine et Royer, 117, Rue Vieille du Temple, PARIS

BIEN SPÉCIFIER pour boire aux repas

Vichy-Célestins

en bouteilles et demi-bouteilles

Vichy Grande-Grille

MALADIES DU FOIE & DE L'APPAREIL BILIAIRE

Vichy-Hôpital

Maladies de l'estomac et de l'intestin

R. C. Seine : 20.051.

© BIU Santé

HOTEL-DIEU DE LYON

Pleurésie trouble enkystée, du type pyoïde

Par

M. le Professeur L. BARD.

A côté des épanchements séreux, séro-fibrineux, hémorragiques et purulents, qui constituent l'immense majorité des épanchements pleuraux et péritonéaux, viennent prendre place quelques formes plus rares, que l'on rencontre aussi bien dans la plèvre que dans le péritoine, toutefois avec une fréquence inégale dans l'une et dans l'autre séreuse, suivant la variété considérée.

Moins connues, parce que moins bien décrites dans les livres de pathologie, que les formes habituelles, elles en diffèrent profondément par leur évolution, leur pronostic et leur traitement, il n'est dès lors pas inutile d'attirer sur elles votre attention.

L'occasion nous en est fournie par la présence dans le service d'un pleurétique dont l'épanchement trouble rappelle, par son aspect, les formes qui ont été décrites sous le nom de pleurésies ou d'ascites chyliformes, alors que les caractères cliniques de la maladie le séparent complètement de ces dernières. Tandis que les pleurésies chyliformes décrites jusqu'ici constituent des affections chroniques, torpides et apyrétiques, la forme de pleurésie trouble, qui va nous occuper, s'accompagne de phénomènes généraux et d'une fièvre tenace, qui, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, obligent à la rapprocher des pleurésies purulentes et des états infectieux.

Il s'agit d'un homme âgé de 56 ans, chauffeur d'automobile, entré dans le service le 7 février 1924, mais dont l'affection remonte au début du mois de novembre de l'année dernière. Jusque-là, il avait toujours joui d'une excellente santé; malgré une certaine pâleur due à son affection, il présente l'aspect et la carrure d'un sujet de forte constitution.

Le début a été assez insidieux, l'évolution très irrégulière, entrecoupée d'améliorations et de rechutes. Vers le début de novembre il avait commencé à tousser, sans quitter son travail, lorsque le 16 novembre au soir il fut secoué par un grand frisson, de deux heures de durée, sans point de côté. La température ne fut pas prise ; après quatre jours passés au lit, il essaye de se lever et de reprendre le travail, mais il est aussitôt repris d'un second frisson, plus violent que le premier, de même durée, à la suite duquel persiste, cette fois, une forte fièvre et du délire pendant trois semaines. Il aurait présenté à ce moment de la toux et de l'expectoration, mais pas de point de côté ; une nuit il aurait expectoré une douzaine de crachats sanglants, et pendant les cinq ou six jours suivants, chaque matin, un ou deux crachats semblables. Il déclare d'ailleurs n'avoir gardé que des souvenirs très confus de cette période de sa maladie.

Vers le milieu de décembre, son état s'améliore considérablement ; il se lève, reprend de l'appétit, peut même travailler, mais il conserve de la toux et une voix enrouée, pour laquelle on lui prescrit un traitement local. En fait il ne se rétablit pas complètement, et, le 13 ou le 14 janvier, la fièvre s'élève ; elle aurait même atteint une fois 40º2 ; elle s'accompagne de dyspnée et de douleurs dans l'hypochondre gauche, qui ne persistent pas, deux jours tout au plus, croit-il. Il continue à se lever, mais le 23 une aggravation nouvelle le force à prendre le lit, la toux et l'expectoration s'accentuent, sans retour du point de côté.

La température est alors très irrégulière, elle oscille entre 37º et 39º, suivant les jours, sans aucun type défini ; le médecin, qu'il fait appeler, diagnostique une pleurésie et fait deux ponctions exploratrices à la base gauche sans trouver de liquide ; il lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate à gauche en arrière, dans la moitié inférieure du poumon, de la matité, de l'abolition des vibrations, une obscurité marquée, sans souffle ni râles. Cette matité ne s'étend pas en avant, où l'espace de Traube reste sonore. Au sommet, la respiration est exagérée, soufflante sans râles. Une nouvelle ponction exploratrice reste sans résultat. La paroi, sans être véritablement œdémateuse, masque les saillies costales plus que du côté opposé.

A l'examen radioscopique, on constate à la base gauche une ombre à contours flous, ne présentant pas le caractère opaque et compact des ombres liquidiennes habituelles ; la partie supérieure n'affecte pas la forme des courbes pleurétiques

Les signes stéthoscopiques ne se modifient pas, la température est toujours très irrégulière, parfois presque normale, parfois atteignant ou même dépassant 39º. Les crachats, peu abondants, d'aspect purulent, ne contiennent pas de bacilles de Koch, même après homogénéisation. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le sang présente 3.100.000 globules rouges et 14.000 blancs, avec 55 % d'hémoglobine.

Malgré l'insuccès des ponctions et la faible opacité aux rayons, il me paraît évident qu'on ne saurait admettre d'autre diagnostic que celui de pleurésie, de caractère septique, méta ou parapneumonique, à évolution prolongée. La localisation en arrière, les caractères radioscopiques, sont en faveur d'une forme enkystée, peut-être interlobaire basse. La faible opacité aux rayons, l'insuccès des ponctions, peuvent s'expliquer tout à la fois par son siège, sa faible abondance, par la présence d'exsudats épais ou par les caractères du liquide, dont la pathogénie et les particularités de la fièvre permettent de soupçonner la purulence. Je pense que les ponctions étaient restées négatives parce qu'elles avaient été faites avec des aiguilles ordinaires, trop fines sans doute pour la viscosité de l'exsudat. Il aurait pu s'agir aussi d'une pleurésie bloquée. Je fais faire une nouvelle ponction un peu profonde, sous aspiration forte, avec la grosse aiguille de l'appareil de Potain, et mon interne, le docteur Bonafé, réussit alors à retirer 375 cc. de liquide.

Celui-ci toutefois ne présente pas le caractère purulent que j'attendais ; mais il est très louche, un peu jaunâtre, rappelant l'aspect du liquide d'un bain sulfureux un peu clair, se rattachant en somme, par ses caractères optiques, aux épanchements chyliformes.

Il présente une réaction de Rivalta positive, et au microscope on constate de très nombreux leucocytes, tous polynucléaires, mais à contours un peu indécis, à granulations graisseuses nombreuses, à noyaux cependant bien colorables. Le dosage de la graisse révèle une quantité relativement faible ne dépassant pas un gramme par litre. La cul-,

© BIU Santé

ture ne reste pas stérile, bouillon se trouble rapidement et on constate le développement de pneumocoques.

La ponction, qui n'a été limitée que par l'arrêt de l'écoulement, n'a été suivie d'aucun incident, mais n'a pas déterminé d'amélioration notable ; la fièvre a continué avec les mêmes irrégularités que précédemment.

***

Le diagnostic ne prête évidemment à aucun doute ; les anamnestiques, les phénomènes pulmonaires du début, l'évolution, la leucocytose, l'absence de bacille de Koch dans les crachats, la présence de pneumocoques dans l'épanchement, signent la pathogénie, et il ne peut y avoir quelque incertitude que sur le pronostic, sur l'évolution ultérieure et sur la conduite à tenir.

C'est un épanchement inflammatoire, qui n'est plus simplement séro-fibrineux, et qui n'est cependant pas purulent ; de tous les détails de l'évolution clinique il résulte qu'il doit être considéré comme relevant d'une pleurésie septique, de virulence atténuée, mais il est difficile de dire s'il peut être susceptible de guérir par de simples ponctions, ou s'il évoluera à la purulence et deviendra plus ou moins prochainement justiciable d'une pleurotomie.

Du fait de sa septicité il ne mérite guère la désignation d'épanchement chyliforme, qu'on est tenté de lui attribuer au premier abord. On ne saurait non plus le qualifier d'épanchement chyleux, ni d'épanchement puriforme, ni d'empyème graisseux, qui constituent les quatre formes principales des variétés rares d'épanchements pleurétiques ou péritonéaux auxquelles j'ai fait allusion dès le début de cette leçon. Il suffit d'indiquer, avec quelque précision, la signification et le domaine de chacune d'elles pour mettre en évidence les différences qui l'en séparent.

La qualification d'épanchements *chyleux* ne peut être donnée qu'à ceux qui relèvent de la rupture des voies chylifères sur quelque point de leur trajet. S'il peut être parfois plus ou moins difficile de distinguer un épanchement chyleux d'un épanchement simplement chyliforme, cette difficulté ne se retrouve pas dans leur définition. Ce n'est pas le lieu d'exposer les bases bien connues de la distinction des deux liquides ; je me contenterai de dire que l'épanchement chyleux est plus blanc, plus laiteux, que celui que je vous présente ; l'examen microscopique révèle beaucoup moins de leucocytes, et, par contre, des granulations graisseuses plus nombreuses et plus fines, et l'analyse chimique une teneur en graisse plus élevée, qui atteignait par exemple 10 grammes par litre, dans le liquide que nous avons eu l'occasion de recueillir par une ponction de l'abdomen, il y à quelques jours à peine, chez une malade de la salle Bénédict Teissier.

J'ajouterai que la présence de chyle dans la plèvre est due à une rupture du canal thoracique, presque toujours par déchirure, soit traumatique, soit par oblitération cancéreuse ou parasitaire, et, de ce fait, il ne donne pas lieu à des épanchements enkystés comme celui de notre malade. Par contre dans l'abdomen, où il est dû à des ruptures de canaux chylifères, qui sont de siège très divers, et de causes très multiples, l'épanchement chyleux peut rester localisé ; c'était précisément le cas chez la malade à laquelle je viens de faire allusion, qui, pour le dire en passant, était atteinte d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire, avec ascite cloisonnée, qui a été opéré avec plein succès par mon collègue le professeur Tixier.

Le pronostic et l'évolution d'un épanchement chyleux dépendent exclusivement de la cause qui leur a donné naissance, car par elle-même la présence du chyle dans la séreuse est parfaitement inoffensive.

L'épanchement *purulent graisseux*, qu'on désigne le plus souvent sous le nom d'empyème graisseux, car on ne l'observe guère que dans la plèvre, est connu depuis longtemps ; il a déjà été décrit de main de maître dans les cliniques de Guéneau de Mussy. Il n'est autre chose que le reliquat plus ou moins refroidi d'un épanchement purulent de faible virulence, passé à l'état chronique.

L'aspect d'un pus graisseux ne diffère pas sensiblement au premier abord de celui d'un pus inflammatoire ; cependant on est mis en éveil par la discordance qui existe entre l'état général et l'apyrexie du malade, d'une part, et la présence de pus, d'autre part ; un examen plus attentif permet de constater que les globules de pus sont très dégénérés, que le liquide contient aussi des granulations graisseuses libres ; qu'il s'établit par le repos une couche supérieure louche, mais liquide ; enfin qu'il est généralement stérile, et le reste le plus souvent alors même qu'il est conservé à l'air libre.

Il en est aussi de même dans les cas bien caractérisés et très chroniques qui ont mérité le nom d'abcès froid de la plèvre car il existe aussi des formes de passage entre les pus très virulents et l'empyème graisseux devenu complètement aseptique.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté quand on connaît l'existence de cette forme ; le seul point difficile est la conduite du traitement ; c'est là un problème qui ne présente pas d'ailleurs des conditions aussi différentes qu'on pourrait le croire, entre l'épanchement purulent graisseux et les épanchements simplement chyliformes, problème dont j'ai exposé les grandes lignes, il y a longtemps déjà, dans les thèses de deux de mes élèves (1), et sur lequel je ne saurais insister davantage aujourd'hui.

Le terme d'épanchement *puriforme* ne saurait pas davantage convenir à notre cas ; il doit être réservé au type d'épanchement très particulier que Widal et Gougerot ont décrit sous ce nom, qui s'observe dans la plèvre, au voisinage des foyers pneumoniques, qu'on retrouve aussi parfois dans le liquide céphalo-rachidien dans certains cas de méningites. La pleurésie puriforme métapneumonique est une simple réaction inflammatoire de voisinage, peu abondante, généralement aseptique et de disparition rapide. Son intérêt réside dans la confusion qui peut en être faite avec une véritable pleurésie purulente, appelée à poursuivre l'évolution habituelle à cette complication. L'aspect est plus ou moins lactescent, le microscope y révèle de très nombreux polynucléaires, mais ceux-ci restent vivants, bien colorables, ne présentant pas les dégénérescences habituelles aux globules de pus ; souvent un grand nombre sont éosinophiles ; malgré le voisinage du foyer pneumonique on ne trouve pas de pneumocoques.

Cet ensemble de caractères, tant cliniques qu'histologiques, confèrent aux épanchements puriformes, une individualité qu'il importe de sauvegarder ; il suffit de les rappeler pour qu'il soit impossible d'en rapprocher le cas qui nous occupe.

Les épanchements *chyliformes*, qui nous restent à envisager, présentent par contre la plus grande similitude d'aspect avec celui que je viens de vous décrire, mais les caractères cliniques de la maladie s'en écartent complètement ; non seulement ils sont d'ordinaire abondants et occupent la grande plèvre, mais encore ils affectent une évolution plus lente, apyrétique, et mieux tolérée ; au lieu d'être enkystés comme c'est le cas ici, ils compriment le poumon, ils refoulent le médiastin, mais ils n'en sont pas moins clinique-

(1) Barlee. — De l'empyème graisseux. Thèse de Lyon, 1896.
Rivet. — Du traitement des grandes pleurésies chroniques séreuses par les ponctions répétées. Thèse de Lyon, 1897-1893.

© BIU Santé

ment presque latents, par le fait de la lenteur de leur accroissement et de l'absence de tout retentissement sur l'état général.

Le liquide lui-même est plus opaque, plus jaunâtre, plus purée de pois, ou tout au moins plus bain sulfureux ; les leucocytes sont plus dégénérés, la graisse libre plus abondante.

Leur début est plus insidieux, plus difficile à fixer, tant dans le péritoine que dans la plèvre, ils représentent toujours des épanchements chroniques.

Il semble cependant que l'on puisse distinguer deux séries de cas différents ; l'une, que l'on observe surtout dans la plèvre, est la séquelle éloignée d'un épanchement inflammatoire séro-fibrineux à l'origine, et dont le caractère chyliforme s'est établi lentement, par le fait de la persistance de la diapédèse inflammatoire et de la dégénérescence graisseuse des leucocytes extravasés ; l'autre, que l'on rencontre surtout dans le péritoine, est née d'un épanchement de stase, d'origine cardiaque ou hépatique, dont la persistance indéfinie a provoqué l'irritation chronique de la séreuse, la prolifération de sa couche endothéliale, et de même la dégénérescence graisseuse des cellules proliférées et desquamées.

Dans les deux cas, mais surtout dans le premier, la séreuse se sclérose, s'épaissit, enserre les organes sous-jacents, et cette rigidité de la poche oppose un obstacle nouveau, insurmontable, à la résorption et à la guérison. Dans les deux cas l'épanchement reste indéfiniment aseptique.

Il n'est pas besoin de longs développements pour montrer que le cas particulier, qui fait l'objet de cette leçon, s'écarte notablement des deux types cliniques que je viens de décrire. Il constitue un type tout différent d'épanchement trouble, moins encore par son enkystement que par son évolution fébrile et subaiguë, par son caractère septique, et par la menace d'aggravation progressive qu'il est légitime de prévoir.

Par contre l'aspect du liquide s'écarte peu de celui des épanchements chyliformes habituels, et, à son seul examen, il ne serait guère possible de l'en différencier. Il ne convient pas de réunir sous une même dénomination des types cliniques aussi distincts, c'est pourquoi il me paraît légitime d'accorder, dans le groupe des pleurésies troubles, une place à part au type qui nous occupe. Des faits de cet ordre, tout en étant assez rares, ne sont pas cependant absolument exceptionnels, bien qu'il n'en soit pas fait explicitement mention dans les descriptions classiques. Au même titre que les formes que nous venons de passer en revue, celle-ci mérite d'être mise à part et de recevoir une désignation qui lui soit propre et qui soit de nature à rappeler sa signification particulière.

Il s'agit en somme d'un épanchement septique, qui, s'il n'est pas devenu purulent, a frisé cette évolution, si même il n'est pas destiné à y parvenir après des étapes plus lentes que d'habitude ; il se rattache assurément à la famille pyogène ; il est en quelque mesure à la pleurésie purulente ce que la varioloïde est à la variole, et c'est pourquoi je propose pour le caractériser le terme de pleurésie *pyoïde* qui me paraît lui convenir tout particulièrement.

***

La conduite à tenir en présence d'une pleurésie pyoïde ne diffère pas beaucoup de celle qui s'impose en présence des pleurésies purulentes d'allure relativement bénigne ; on ne saurait en attendre la guérison spontanée, mais on peut essayer d'abord les ponctions successives, pratiquées avec l'appareil aspirateur et non avec le simple siphon comme dans les cas de pleurésie séro-fibrineuse, tout en se tenant prêt d'autre part à intervenir par la pleurotomie, si les ponctions restent insuffisantes ou si la purulence arrive à s'affirmer.

L'évolution ultérieure a confirmé les craintes que l'aspect du liquide nous avait fait concevoir ; comme le l'ai déjà dit plus haut, la ponction faite le 13 février n'a été suivie d'aucune amélioration et la fièvre a persisté avec les mêmes irrégularités. A l'examen radioscopique, l'obscurité a augmenté d'étendue et d'opacité, sans présenter davantage les caractères pleurétiques habituels. A un nouvel examen du sang, fait le 26 février, on a trouvé 15.190 globules blancs.

Malgré cet insuccès, je me suis décidé à faire pratiquer une nouvelle ponction évacuatrice; celle-ci, faite le 3 mars, a donné issue à un litre de liquide, présentant des caractères à peu près identiques à celui de la première ; il n'est pas plus trouble, et il présente les mêmes leucocytes polynucléaires, à noyaux bien colorables, un plus grand nombre de lymphocytes que précédemment. Il contient 20 grammes d'albumine par litre, 0.55 de graisse et pas de sucre.

Non seulement cette nouvelle ponction, plus copieuse que la première, n'a procuré aucune amélioration, mais le malade se trouve plus dyspnéique et plus affaibli. Dans la nuit du 8 au 9 mars il a été pris d'un violent point de côté gauche. Le silence paraît plus étendu sans autre modification d'auscultation ; la température reste fébrile ; l'aspect général accuse en effet une aggravation manifeste et la paroi thoracique est légèrement œdémateuse.

En présence de cet insuccès total des ponctions évacuatrices, j'éprouve la crainte, soit de l'existence d'un état septicémique plus général, soit d'une autre collection, qui aurait pu échapper aux recherches par le fait d'un cloisonnement. La radiographie ne permettant aucune conclusion sur ce point, il me paraît que le moment est venu de réclamer le secours de la chirurgie, d'autant plus que le point de côté persiste avec la même violence.

Je préviens le malade qu'il sera probablement nécessaire d'avoir recours à une opération, mais qu'il serait peut-être possible de tenter encore une nouvelle ponction avant de s'y résoudre ; il me déclare de lui-même que les précédentes n'ayant certainement produit aucun résultat, il préfère se soumettre à l'opération le plus tôt possible. Devant ce désir nettement exprimé, qui me paraît d'ailleurs parfaitement justifié, je me contente de faire faire une simple ponction exploratrice pour se rendre compte de l'état du liquide ; on obtient un liquide un peu plus clair qu'aux ponctions précédentes, dont la coagulation immédiate ne permet pas l'examen cytologique. Je fais passer le malade dans le service du professeur Bérard, en lui demandant de pratiquer une pleurotomie s'il le juge convenable.

Le 15 mars, M. le professeur agrégé Dunet intervient, sous anesthésie locale ; on fait une résection de la 7e côte. A l'incision de la plèvre il sort une petite quantité de liquide à peine trouble, séro-hémorragique, non odorant. Par contre, on constate l'existence d'une quantité considérable de fausses membranes, bulleuses, tremblotantes, ressemblant à des grains de raisin, situées dans une cavité nettement cloisonnée occupant la paroi endothoracique latérale. On n'en fait pas l'ablation totale, afin d'éviter le suintement hémorragique au niveau des adhérences pleurales.

Pour éviter l'infection secondaire, puisqu'il ne s'agit que de pneumocoques, on ferme la paroi par une suture musculaire, on referme la peau aux crins sans laisser de drain.

Les cultures aérobies du liquide se développent mal, tout en donnant un bacille à Gram positif, alors que les cultures anaérobies présentent du bacillus perfringens, du staphylocoque parvulus et du bacillus radiformis.

© BIU Santé

Le 16 et le 18 on fait dans la plèvre une injection de 50 cc. de sérum antipneumoccoccique et le 20 une injection de sérum antiperfringens. La température, qui s'était abaissée au-dessous de 38° du 16 au 19, remonte les jours suivants, élévation qui coïncide il est vrai avec une angine à fausses membranes ; on se décide le 21 à faire sauter un crin de suture et à placer dans la plèvre une sonde de Pezzer ; le lendemain on fait un grand lavage avec une solution cryptargolée, qu'on renouvelle le 31 mars.

Le premier avril une radioscopie montre que le drainage porte bien sur le point le plus déclive et qu'il ne persiste pas de cavité résiduelle ; on continue les lavages et on observe un écoulement purulent de moyenne intensité, qui s'arrête spontanément le 11 avril ; la plaie se cicatrise.

Le 16, une radioscopie montre un certain degré d'opacité, localisée au lobe inférieur.

Le 30, le malade se trouvant assez amélioré, demande sa sortie pour aller faire sa convalescence à la campagne et quitte l'hôpital. En fait la température était encore subfébrile, il persistait des râles à la base et la guérison n'était pas encore complètement assurée.

L'évolution de la maladie, la persistance des phénomènes généraux et de la fièvre, après la guérison au moins apparente du foyer pleural, si elles confirment que ce dernier constituait une simple localisation d'une infection plus générale, prouvent également que ce foyer comportait lui-même une pathogénie septique complètement assimilable, au degré de virulence près, à celle des épanchements purulents habituels en pareil cas.

Cette pathogénie septique ne se révélait, à l'examen du liquide, que par son aspect louche et la grande abondance des polynucléaires ; il en résulte que ces deux caractères présentent en pareil cas une importance particulière. La nature des fausses membranes constatées à l'opération explique en partie la rareté relative des leucocytes en suspension, ceux-ci ayant pu être englobés dans leur réticulum. Leur présence peut expliquer également l'insuccès des premières ponctions, faites avec une aiguille trop fine, et peut-être faudrait-il, en pareil cas, accorder une certaine importance à cette constatation.

J'ai déjà insisté tout à l'heure sur les différences profondes qui séparent ainsi, au point de vue clinique, cette forme pyoïde d'épanchement trouble des épanchements chyliformes ordinaires ; il faut, par contre, mettre en évidence les similitudes qu'elle présente, au même point de vue, avec les épanchements des types purulents.

Il résulte de cette double comparaison que le simple aspect purulent ne suffit pas à caractériser un épanchement, puisque cet aspect peut reconnaître une origine irritative aseptique, comme dans les cas d'épanchements puriformes, ou survivre à l'action septique, comme dans les épanchements purulents graisseux, et, par contre, faire défaut dans des inflammations d'origine septique active, comme dans les cas d'épanchements pyoïdes.

Si le diagnostic peut être établi, en quelque mesure, par l'étude chimique et microscopique de l'exsudat lui-même, s'il peut être confirmé plus sûrement par l'examen bactériologique, il ne saurait se passer des bases plus sûres et plus larges qui résultent des données cliniques elles-mêmes. Il importe de connaître l'existence et les caractères de ces épanchements pyoïdes, car leur diagnostic est d'une importance capitale, puisque c'est de lui que découlent, tout à la fois, le pronostic et la conduite à tenir. On voit, par l'exemple qui précède, que cette conduite comporte à l'occasion l'intervention chirurgicale, et que, par suite, on ne saurait se contenter, pour poser les indications de cette dernière, de la notion simpliste du caractère séreux ou purulent de l'épanchement, car il arrive que certaines pleurésies purulentes bénignes sont susceptibles de guérir parfois par de simples ponctions, alors que, par contre, les pleurésies troubles du type pyoïde peuvent exiger la pleurotomie, au même titre que les pleurésies purulentes.

Le pouls et la température en chirurgie

Par

A. BRÉCHOT

Chirurgien des Hopitaux.

Le pouls et la température traduisent la réaction générale de l'organisme à la maladie et à l'introduction de substances étrangères.

Ils constituent donc des éléments essentiels de jugement pour le diagnostic et pour le pronostic des infections générales et locales, celles-ci provoquant toujours une réaction générale plus ou moins grande.

Il est nécessaire de rappeler la valeur physiologique normale du pouls et de la température car la physiologie pathologique lui est indissolublement liée. La réaction morbide de l'organisme n'est en effet que l'exagération ou la déformation de ses réactions normales.

La température résulte des phénomènes chimiques de la vie cellulaire ; ses variations en traduisent les modifications.

La constance de la température résulte de l'équilibre entre les apports et les pertes de calories. Le refroidissement de l'organisme est dû essentiellement au rayonnement périphérique, à l'évaporation pulmonaire et à la sudation. La régulation de la température par ces divers mécanismes est sous la dépendance, d'une part, du système nerveux qui agit directement sur la vie cellulaire, pouvant l'accélérer ou l'inhiber, et d'autre part, sur la circulation par l'intermédiaire des nerfs vasculaires vasomoteurs. Ainsi donc apparaît capital le rôle du système nerveux qui agit sur la production et sur la déperdition de la chaleur. Nous verrons à la fin de cette étude que tous les mécanismes pathologiques susceptibles de modifier la température peuvent être considérés comme agissant directement ou non sur le névraxe.

Le pouls traduit l'élément variable de la pression artérielle, par conséquent la valeur de la contraction myocardique et de la réplétion artérielle. Or ces deux facteurs dont il dépend sont tous deux soumis au système nerveux et par l'intermédiaire de celui-ci entrent en action dans la régulation thermique.

Dans l'immense majorité des cas, l'évolution des symptômes température et pouls est symétrique, tous deux étant essentiellement sous la dépendance des mêmes facteurs, mais parfois leurs réactions peuvent se dissocier. Dans ces cas, les lésions directes des centres nerveux vaso-moteurs ou cardiaques ou des lésions du muscle cardiaque même peuvent par leur qualité ou par leur prédominance masquer le rythme commun des influences thermiques. Cette disso-

© BIU Santé

ciation du pouls et de la température s'observe par exemple dans les infections graves lorsque les centres cardiaques ou le myocarde s'épuisent, ou encore lorsque par lésion du névraxe il y a excitation des centres thermiques et des centres modérateurs cardiaques.

Dans leur association, température et pouls gardent donc une certaine indépendance.

En clinique, l'étude de la température centrale est la plus usitée. La température rectale oscille de 36.6 à 37.4, la température axillaire de 36.2 à 37.4. La courbe thermique suit un rythme qui dépend, comme Richet l'a montré, du système nerveux. Le maximum est entre 3 et 5 heures aussi la température doit-elle être prise aux mêmes heures.

Un organisme sain n'a, par les diverses influences auxquelles il est soumis, froid, chaleur, digestion, inanition momentanée, que des variations thermiques insignifiantes.

Mais la température générale du corps n'est pas seule intéressante. Des modifications circulatoires et inflammatoires peuvent déterminer des modifications locales de la température. Celles-ci sont en pratique trop peu recherchées. Elles doivent être prises avec des thermomètres spéciaux à large cuvette plate et sont susceptibles de fournir d'intéressants renseignements.

Les modifications thermiques importantes, fièvre, hypothermie, ne surviennent que quand l'organisme lutte contre des causes pathogènes humorales ou dynamiques.

Les causes dynamiques sont dues surtout aux lésions du système nerveux central. Elles agissent par l'hyperfonctionnement des organes, en particulier des muscles. Les lésions pathologiques susceptibles de modifier l'activité fonctionnelle du système nerveux sont multiples : traumatismes, tumeurs, toxémies, infections, si bien que des phénomènes dynamiques peuvent être secondaires à des excitations pathogènes d'origine humorale. Les deux mécanismes peuvent donc s'associer dans les manifestations morbides.

Les causes humorales ont cependant une place prépondérante. Le fait essentiel, c'est que les microbes et leurs toxines ont des propriétés pyrétogènes, et fièvre devient presque synonyme d'infection. L'on ne saurait, toutefois, oublier que les autointoxications, que des intoxications non microbiennes peuvent modifier la température. Fièvre ne signifie donc pas toujours infection.

I. — *Les traumatismes.* — Ils peuvent agir sur le pouls et la température par divers mécanismes.

1º Soit en déterminant localement des altérations cellulaires plus ou moins considérables, des hématomes, des épanchements séreux. Ils provoquent alors une autointoxication par résorption de déchets cellulaires ou de produits glandulaires, par l'introduction dans la circulation de substances pyrétogènes.

2º Soit par action dynamique directe sur le système nerveux.

3º Soit par la combinaison de ces deux mécanismes ou par l'action secondaire prédominante de l'autointoxication sur les centres nerveux.

Voyons quelques modalités cliniques.

Les traumatismes s'accompagnant d'hématomes, d'ecchymoses peuvent déterminer une légère hyperthermie. Dans les fractures fermées, l'on observe fréquemment une augmentation de la température locale appréciable parfois à la main. Il existe aussi une hyperthermie générale sur laquelle Gosselin attira l'attention. Depuis, de nombreux auteurs ont confirmé ces faits.

C'est surtout dans les fractures comminutives des épiphyses, si vasculaires, que la fièvre est observée. Cette fièvre est peu considérable, elle apparait soit le jour même de la fracture soit dans les 48 heures consécutives. Le matin l'hyperthermie n'est que de 2 ou 3 dixièmes de degrés ; le soir, elle atteint le voisinage de 38º et exceptionnellement 38.5, 39º. Son maximum est ordinairement le 3e jour. Elle ne s'accompagne d'aucun signe général, il n'y a pas de frisson ; le thermomètre seul la manifeste. Il est injustifié d'incriminer dans ces cas une infection concomitante. Le faire est oublier les données de la physiologie normale et de l'expérimentation.

Cette fièvre par autointoxication existe aussi dans les épanchements sanguins aseptiques des séreuses : hémopéritoine, hémothorax, hémarthoses sans que le laboratoire puisse y déceler de microbes.

Dans les hémarthroses, lorsque la synoviale n'est pas recouverte par des tissus trop épais, au genou par exemple, l'on note une augmentation de la température locale de 0º5,1º. Terrillon a même signalé des cas où la température pouvait s'élever de 3º, mais ces cas me paraissent mériter quelques réserves car il existe certainement des hémarthroses dans lesquelles le traumatisme ne joue qu'un rôle apparent et qui sont dues à des infections chroniques, à la tuberculose principalement.

Dans les hémothorax l'on observe également de la fièvre. Cette question a donné lieu à des discussions ardentes. Certains, ne voulant pas admettre, contrairement aux données de la pathologie générale, que la fièvre puisse exister sans infection. Il est bien certain que dans ce cas particulier l'ouverture des voies respiratoires peut faire incriminer une infection légère même lorsque cliniquement la guérison s'effectue sans intervention. Il est évident que des lésions de pneumonie parcellaires peuvent être suspectées. Les températures élevées et persistantes sont bien certainement dues à des faits. Mais il est hors de doute que des hémothorax à épanchements aseptiques, contrôlés au laboratoire par des hémocultures massives et réitérées, s'accompagnent de fièvre. La discussion n'a plus qu'un intérêt historique.

Il semble que cette fièvre aseptique puisse atteindre jusqu'à 39º et persister à ce niveau assez longtemps. La température ne se manifeste même dans ces cas quelquefois que 3 ou 4 jours après. Il faut en effet tenir compte au début des phénomènes de choc, de l'abondance de l'hémorragie qui peuvent provoquer d'abord de l'hypothermie. La grande quantité de substances pyrétogènes sanguines épanchées et le pouvoir d'absorption considérable des séreuses expliquent aisément l'hyperthermie.

Dans les hémopéritoines, lorsque l'abondance de l'hémorragie ou les lésions viscérales coexistantes du tube digestif ne leur impliquent pas un caractère de gravité immédiate ou une évolution septique rapide, les mêmes symptomes se manifestent.

Dans les hématocéles rétro-utérines de gravité moyenne qui représentent la presque totalité des cas auxquels nous faisons allusion on observe une accélération du pouls et de la fièvre. Celle-ci se maintient le soir à 38º environ. Dans quelques cas elle peut être plus considérable lors même que le sang prélevé au cours de l'opération peut demeurer stérile (Jayle). Ces faits sont importants au point de vue du diagnostic.

Le traumatisme opératoire donne lieu à des considérations identiques. Il est bien entendu qu'avant tout, le chirurgien doit redouter l'infection. Toute hyperthermie marquée et persistante en résulte. Mais la hantise de l'infection ne saurait justifier l'oubli de la pathologie générale et la perte de tout esprit critique. La fièvre aseptique des opérés existe. Une seule chose serait incompréhensible ; qu'elle n'existât point. Des vaisseaux sont ouverts, du sang est épanché,

© BIU Santé

des désintégrations cellulaires dues au traumatisme direct, aux lésions vasculo-nerveuses, sont provoquées. L'action même des anesthésiques dont l'action sur certaines cellules n'est pas indifférente. L'atonie intestinale, qui dans les opérations abdominales existe en moyenne 48 heures et qui favorise l'autointoxication intestinale jouent un rôle certain. Le rétablissement d'une courbe parfaitement normale après la purgation manifeste bien la valeur de petites hyperthermies 37.8, 37-9 qu'on observe parfois après les interventions les plus simples.

Le traumatisme n'agit pas exclusivement par autointoxication. Il agit aussi par dynanisme. Les deux modes d'action se combinent souvent dans un même traumatisme.

Le type de l'action dynamique d'un traumatisme est le shock. L'étude de ce fait a été profondément modifiée, surtout pendant la guerre, parce que des autointoxications ou des toxiinfections sont susceptibles de produire des phénomènes analogues au cours des grands traumatismes. Sans doute, diverses causes peuvent déterminer la sidération générale de l'organisme, la diminution ou l'arrêt de la vie cellulaire, mais le terme shock a été employé dans des cas spéciaux qu'il caractérise et il mérite d'être conservé dans son individualité.

Le vrai shock agit essentiellement par dynamisme, il n'est nullement proportionné au délabrement des grands traumatismes. Combien de blessés très graves avec des fractures comminutives multiples qui n'étaient pas en état de shock, tandis que d'autres, avec des plaies infiniment moins graves immédiatement et secondairement, l'étaient. Le vrai shock, c'est le traumatisme agissant sur des centres nerveux, sur des nerfs, sur les plexus sympathiques. Le vrai shock c'est le traumatisme multipliant ses effets immédiats par son action directe ou réflexe sur le système nerveux en état, primitivement peut être, d'hyperexcitabilité.

Je n'insisterai pas sur le tableau clinique du shock, un blessé ou un accidenté est de suite, après sa blessure ou son traumatisme, étendu, pâle, couvert de sueurs, presque insensible, avec un pouls faible, irrégulier, rapide. Il est hypothermique ; sa température est de 35 à 36°. Il y a véritablement et de suite après le traumatisme un arrêt momentané ou définitif de la nutrition.

II. — *Le pouls et la température dans les lésions du système nerveux central.* — Etant donné le rôle capital joué par le système nerveux dans la vitalité cellulaire et dans la régulation de la température, il est évident que ses lésions doivent provoquer des manifestations thermiques et circulatoires.

Des excitants multiples peuvent agir sur les centres : les traumatismes, les réflexes, les modifications humorales, les autointoxications, les toxiinfections. Chacun de ces excitants est susceptible, suivant sa nature, suivant son degré, suivant son stade évolutif, de provoquer un hyper ou un hypodynamisme. Son action peut aller de l'excitation d'un centre à sa destruction.

Ainsi donc des excitations d'un ordre bien différent sont susceptibles par l'intermédiaire du névraxe d'agir par dynamisme sur la régulation thermique et cette action dynamique peut elle-même être secondaire à des lésions d'intoxication et d'infection susceptibles d'agir directement elles-mêmes sur la température et le pouls.

Expérimentalement, l'excitation cérébrale peut donner de l'hyperthermie, mais il est difficile de localiser d'une façon précise les centres thermogènes de la base.

Les lésions bulbaires ; les sections médullaires, sont suivies d'hypothermie.

En clinique, l'on observe dans les traumatismes crâniens s'accompagnant de contusion cérébrale des modifications thermiques. Celles-ci sont variables tantôt hyperthermie pouvant atteindre 40, 40 1/2, tantôt hypothermie. Ces troubles peuvent aussi s'accompagner de diabète par lésions du centre glycogénique du plancher du 4e ventricule.

Les modifications du pouls dans les traumatismes crâniens sont particulièrement intéressantes parce qu'elles ont par leur fréquence une réelle valeur séméiologique. Elles constituent un symptôme vraiment utile. Dans les commotions cérébrales de quelque intensité le pouls est mou, petit, très ralenti, de 35 à 50 pulsations à la minute. Le blessé est en résolution musculaire complète, froid, sans connaissance, avec, souvent, perte de ses matières fécales ou de ses urines. Ce tableau est évidement fort similaire de celui de la contusion cérébrale, mais lorsque celle-ci a une certaine intensité des symptômes de localisation par des lésions plus ou moins destructives se juxtaposent et l'on peut constater alors des convulsions et des paralysies. C'est surtout dans les épanchements sanguins intracrâniens que le ralentissement du pouls acquiert toute sa valeur séméiologique. Ce symptôme apparaît alors ordinairement consécutivement à une commotion cérébrale suivie d'un intervalle libre pendant lequel les symptômes immédiats se sont amendés ou même ont disparu. Le ralentissement du pouls s'accompagne de paralysie croisée, de stertor ; de dilatation pupillaire du côté de l'épanchement.

Dans les abcès cérébraux coexistent la fièvre et le ralentissement du pouls qui traduit la compression cérébrale. La fièvre est ordinairement peu élevée 38°5, le pouls est bien frappé, très ralenti (40 environ). Il y a donc là dissociation du pouls et de la température. Cette dissociation cesse lors de l'évacuation de l'abcès.

Dans les tumeurs cérébrales, le pouls est inégal, ralenti, irrégulier.

Dans les tumeurs bulbo-protubérantielles atteignant le noyau du pneumogastrique on observe un pouls lent permanent s'accompagnant de crises syncopales.

Dans les lésions médullaires s'observent également des troubles thermiques par lésions des centres vaso-moteurs. Chossat a depuis longtemps fait remarquer ces faits expérimentaux. Cliniquement on peut les observer dans des fractures du rachis où la température a pu s'élever jusqu'à 40° au-dessous de la lésion médullaire.

Nous ne pouvons insister sur ces faits, car c'est principalement, en clinique, dans les infections, que le pouls et la température présentent leur importance la plus grande.

Expérimentalement les microbes ou leurs toxines ont manifestement des propriétés pyrétogènes si bien que la température demeure le guide fidèle de leur action. Mais l'infection ne produit pas toujours de l'hyperthermie. En effet :

1° Il existe des toxines immédiatement hypothermisantes.

2° Une toxine peut être hyperthermisante et hypothermisante suivant sa virulence ou suivant la résistance locale ou générale des sujets.

Je ne crois pas qu'il soit inutile de rappeler ici ces expériences fondamentales de Charrin qu'une toxine pyocyanique atténuée provoque de l'hyperthermie ; exaltée provoque de l'hypothermie.

Des bacilles bacterium coli commune injectés dans le péritoine provoquent de l'hypothermie et dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'hyperthermie.

L'hypothermie est une réaction thermique extrêmement grave qui succédant à l'hyperthermie annonce l'épuisement de la résistance organique.

Voyons quelques faits cliniques :

1° Dans les infections locales. Dans les abcès, dans les phlegmons on trouve localement de la rougeur et de la chaleur.

© BIU Santé

Les réactions locales s'accompagnent, dès qu'elles ont une certaine intensité, de fièvre. Nous n'insisterons pas sur ces faits simples.

2º Dans les infections générales, le pouls et la température ont une importance capitale parce qu'ils traduisent l'état de la résistance organique.

Dans les pyohémies c'est-à-dire dans les infections générales avec foyers métastatiques, la température a de grandes oscillations : de 40, 41, le soir, elle retombe le matin à 37, 37.5. Elle s'accompagne de frissons avec les stades classiques de froid, chaleur et sueur. Ces oscillations thermiques peuvent être quotidiennes ou séparées à certains moments par un jour ou deux d'apyrexie. La courbe thermique ressemble alors à celle de la fièvre intermittente paludéenne. Une langue sèche, un facies fatigué attestent l'intoxication organique ainsi que la diarrhée, l'ictère, la splénomégalie.

Dans les septicémies, c'est-à-dire dans les infections générales sans foyers localisés, les symptômes graves et l'intoxication générale du système nerveux paraissent rapidement. Le fait capital est l'ascension thermique sans rémission, la température monte du matin au soir et du soir au matin. Le pouls s'accélère progressivement, rapide, petit, incomptable, imperceptible bientôt, la température atteint 40, 41, la peau est sèche, la langue rôtie, la mort survient rapidement. Dans certains cas existe une dissociation du pouls et de la température, surtout dans les septicémies dues au coli-bacille ou à certains anaérobies. La température peut rester normale ou au-dessous de la normale tandis que le pouls, montant régulièrement, devient petit, incomptable et que les symptômes d'intoxication profonde du système nerveux s'accentuent. Cette forme manifeste l'absence de défense leucocytaire, on peut l'observer par exemple dans la péritonite par perforation appendiculaire. Le tableau de la septicémie peut subir quelques variations mais les caractères du pouls et de la température persistent. Dans certaines formes au début l'élévation régulière de la température et du pouls semblent seuls anormaux, le malade a une figure un peu pincée mais d'un calme trompeur. La langue est humide, le ventre souple, mais la température croit sans rémission, le pouls devient plus rapide et plus mou, la figure plus fatiguée et pendant que l'on constate ces symptômes si justement alarmants, le malade se trouve bien, seulement un peu fatigué, l'intoxication progresse cependant avec une rapidité extrême, un peu de diarrhée, quelques vomissements, les extrémités se marbrent, les ongles sont cyanosés, le pouls incomptable, et le malade meurt de septicémie dans une réelle quiétude.

Nous ne pouvons envisager ici les multiples variétés d'infection. Au reste ces infections générales ne revêtent pas une allure clinique bien séparée suivant leur cause. Elles varient surtout suivant l'intensité de la virulence microbienne et suivant le degré de la résistance organique.

Il est cependant une infection, le tétanos, qui mérite une place particulière, car ici la toxine est essentiellement neurotrope et détermine des troubles dynamiques importants.

Les contractures toniques, exagérées encore par des spasmes paroxystiques, déterminent une hyperthermie toujours considérable. C'est dans le tétanos qu'ont été enregistrées les plus hautes températures, 42, 43. L'accélération du pouls et de la respiration les accompagnent.

L'ensemble des faits que nous avons exposés montrent que les modifications du pouls et de la température peuvent résulter de causes pathologiques différentes. Mais ces causes, qu'il s'agisse d'hétéro-intoxication, d'auto-intoxication traumatique ou non, d'infections, de toxémies, agissent essentiellement par une action plus ou moins directe sur le système nerveux. Celui-ci règle le fonctionnement et les manifestations cliniques de la calorification et de la circulation. La température et le pouls en sont les principaux témoins.

Le signe de Lesieur (submatité de la base droite) dans la fièvre typhoïde

Par

JOSEPH CHALIER,

MÉDECIN DES HOPITAUX DE LYON.
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Le diagnostic clinique de la fièvre typhoïde est loin de se présenter toujours avec une évidence telle qu'on puisse négliger la recherche de certains symptômes de connaissance récente, surtout quand ils possèdent une réelle valeur. C'est le cas de la *submatité de la base droite*. En la décrivant, Lesieur a fourni un appoint du plus haut intérêt à la séméiologie des infections éberthiennes. Il est regrettable que dans plusieurs traités récents il ne soit même pas fait mention d'un phénomène dont la constatation m'a toujours paru des plus utiles, si j'en juge d'après ma statistique personnelle portant sur plus de 100 cas.

Aussi m'a-t-il semblé opportun de revenir sur la question.

La bibliographie est sommaire, et se trouve reproduite dans la thèse récente de mon élève Debauchez (thèse Lyon 1924). En 1908, dans la thèse de Collignon, Lesieur faisait déjà remarquer la fréquence, dans la fièvre typhoïde, de la matité de la base droite, surtout si l'on percute en arrière et dans l'aisselle ; et il l'expliquait par l'hypertrophie hépatique ou le refoulement postérieur du foie par un côlon distendu. Il développa des considérations du même ordre, en 1911, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, et à la Société nationale de médecine de Lyon. Avec son élève Marchand, il publia, dans la *Presse médicale* du 30 juillet 1913, les résultats d'une statistique portant sur 150 cas, et répondit à des critiques formulées par Corone dans le *Montpellier médical* de 1912. Entre temps, des auteurs roumains, Radulesco et Atanassiu, consignant dans la *Presse médicale* du 30 novembre 1912 le résultat de leurs recherches sur la valeur diagnostique et pronostique de la douleur cystique dans la fièvre typhoïde, indiquaient la particulière fréquence du signe de Lesieur dans leurs observations. De son côté, Mouriquand arrivait à des conclusions semblables.

***

La *recherche du signe de Lesieur* est très simple.

Le malade étant assis en bonne position, le tronc légèrement incliné en avant, les épaules tombantes, on percute la base droite, en arrière, entre la colonne vertébrale et la

© BIU Santé

ligne axillaire postérieure dans le sens transversal, et dans le sens vertical entre la pointe de l'omoplate et les dernières côtes. Ainsi est délimitée une zone rectangulaire où la submatité est facilement décelée.

Dans la règle, on aura recours à une percussion légère et immédiate, soit avec la pulpe des doigts recourbés en crochet et frappant la paroi thoracique bien perpendiculairement, soit avec l'ensemble de la main à plat. La percussion médiate, même forte, donne volontiers des résultats positifs, mais d'une manière moins précoce et moins durable.

On juge de la submatité par comparaison avec le côté opposé, notamment dans la région juxta-vertébrale. Tous les degrés existent, depuis la simple diminution de sonorité jusqu'à la submatité franche, parfois même la matité ; variable est aussi l'étendue de la zone où ces notations sont faites. Je ne tiens pour valables que les observations où il ne s'agit pas de petites différences de tonalité, de simples nuances, mais qui comportent une modification indiscutable de la sonorité, appréciable même aux oreilles des débutants.

Il se peut, comme l'a signalé Lesieur, que la submatité disparaisse ou du moins offre une limite supérieure abaissée quand le malade passe de la position assise à la station debout, à plus forte raison si le sujet exécute quelques fortes inspirations. J'estime néanmoins que dans la règle ces diverses manœuvres atténuent simplement le symptôme.

Ce signe ne saurait avoir de valeur si un état pulmonaire (congestion, pneumonie) ou pleural (pleurésie) est susceptible de le conditionner. Aussi les moyens d'investigation usuels doivent-ils autoriser les éliminations nécessaires. De même convient-il de ne pas s'en laisser imposer par le « faux signe de Lesieur » dont Mouriquand a bien montré l'existence possible, il est vrai assez rare au cours de la dothiénentérie : il s'agit ici de ces cas où la base droite non seulement sonne mal, mais encore présente un degré plus ou moins accusé d'obscurité respiratoire, et parfois des râles crépitants fins après la toux ; on pense surtout à un épanchement pleural, cependant la ponction est négative ou bien ne donne qu'une quantité infime de liquide. Ces faits ne sont pas exceptionnels. Ils répondent soit à une congestion à minima de la base pulmonaire, soit à un exsudat a minima très aisément décelable par le signe très sensible que j'ai décrit.

On accordera donc de l'importance à la submatité de la base droite si l'on ne peut invoquer à son origine une influence pleuro-pulmonaire nette. Par suite, ou bien l'auscultation ne révèlera aucune anomalie, ou bien la bronchite banale, si fréquente chez les typhiques, ne s'affirmera avec aucune prédominance sur le côté droit.

D'apparition habituellement précoce, le signe de Lesieur persiste pendant toute la période d'état jusqu'à la phase de déclin de la maladie ; il n'a pas toujours la même étendue, ni la même netteté.

Tel quel, il possède un grand intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic de la fièvre typhoïde. Il convient, avant de l'étudier à ce point de vue, d'apprécier sa signification pathogénique.

***

Manifestement, la *submatité de la base droite provient de l'hypertrophie du foie.*

Seule, en effet, cette hypertrophie est susceptible d'être incriminée, puisque tout élément pleuro-pulmonaire est éliminé.

Les données anatomiques sont là pour justifier de son existence. C'est un fait connu de longue date que le foie est augmenté de volume chez les typhiques. Certes l'élévation de poids reste dans des limites modérées, l'organe pesant de 1500 à 2000 grammes chez le typhique adulte. Cela suffit à assurer des rapports plus étendus et plus étroits avec la base droite, par l'intermédiaire du diaphragme refoulé ; il en résulte un effacement relatif du sinus costo-diaphragmatique et sans doute un degré non négligeable d'atélectasie de la zone inférieure du poumon droit. Le décubitus horizontal sur le dos facilite encore les choses.

On pourrait objecter, il est vrai, qu'une hypertrophie même modérée du foie doit se traduire en avant par l'abaissement de la limite inférieure de la glande au-dessous du rebord costal. Or si l'on compulse les observations qui ont servi de base à la thèse de mon élève Debauchez, on se rend compte que le foie n'est perçu que dans 18 % des cas. En réalité, la contradiction est plus apparente que réelle. Volontiers, dans la pratique, le ballonnement masque le débord du foie, et gêne une palpation soigneuse. Ici intervient une cause d'erreur qu'il ne faut pas méconnaître.

On peut également accorder une importance exagérée au météorisme, si l'on soutient que le foie, peu ou modérément augmenté de volume, est refoulé en arrière par les anses intestinales et surtout par l'angle droit du côlon transverse distendu par les gaz. Que ce mécanisme pathogénique de la submatité rétro-hépatique mérite quelque crédit, nous l'admettons sans peine. Mais il serait injuste de le considérer comme primordial et *a fortiori* comme exclusif. Il n'y a pas parallélisme étroit entre le météorisme et les signes de percussion dorsale inférieure droite. Il est des cas typiques, où le ballonnement est pourtant très net, alors que la base droite en arrière conserve sa sonorité ordinaire ; il est plus souvent encore des exemples de submatité rétro-hépatique chez des typhiques exempts de météorisme. Lesieur a publié à cet égard des statistiques fort démonstratives : il signale notamment l'absence de ballonnement dans 50 cas sur 87 où son signe était présent ; il rappelle en outre que sur 27 cas où le signe faisait défaut il y avait cependant 7 fois du ballonnement. J'admets volontiers pour ma part les conclusions générales de Lesieur, avec cette réserve que dans mes cas le ballonnement est beaucoup plus fréquent qu'il ne l'indique.

En définitive, il y a lieu d'accepter que la submatité de la base droite est bien en rapport avec l'hypertrophie du foie ; elle mérite donc l'appellation de *submatité rétrohépatique*. Mais souvent le météorisme, en facilitant le refoulement postérieur de l'organe, contribue à rendre plus net, et sur une plus large surface, le signe de Lesieur.

***

Ce signe a-t-il quelque *valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic* ?

Les méthodes de laboratoire ont singulièrement facilité le diagnostic des dothiénentéries. Si leurs conclusions, basées sur des recherches rigoureusement conduites, s'offrent à nous avec un caractère de certitude, il faut bien reconnaître, toutefois, que l'hémoculture reste stérile dans un nombre de cas assez élevé, surtout à une période tardive de la maladie, et que le séro-diagnostic, exceptionnellement positif avant le dixième jour, ne l'est souvent qu'au troisième septénaire, ou même plus tard, parfois même ne l'est jamais.

La clinique ne perd jamais ses droits ; et au moins faut-il qu'un ensemble de signes oriente le praticien vers le diagnostic de fièvre typhoïde, pour le pousser à obtenir, par le laboratoire, une confirmation de ses prévisions.

Or, les signes cliniques de la maladie valent surtout par leur réunion. Un seul a une valeur pathognomonique : c'est l'ulcération des piliers antérieurs du voile du palais,

© BIU Santé

bien décrite par Bouveret, longtemps avant qu'on ne l'ait injustement baptisée angine de Duguet. Malheureusement, elle ne s'observe guère que dans un quart ou un cinquième des cas.

Les taches rosées lenticulaires, tout à fait exceptionnelles en dehors des fièvres typhoïdes, sont loin d'être constantes, et volontiers font défaut avant le dixième jour.

Les autres signes, fonctionnels, physiques ou généraux, ont une importance moindre que les deux précédents, et tirent leur intérêt de leur association. C'est pourquoi il n'est pas inutile d'apporter un élément de plus en faveur du diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il est beaucoup de manifestations dites grippales, faute peut-être d'une dénomination plus précise ou plus justifiée, qui très souvent, pendant les premiers jours, en imposent pour une typhoïde authentique. Si le début est généralement plus brusque, il existe d'autres fois une progression de la température et des troubles généraux susceptibles de jouer, à s'y méprendre, la période d'invasion de la dothiénentérie. La discordance du pouls et de la température, le pouls dicrote, sont susceptibles d'exister nettement. Et dans les premiers jours des phénomènes et troubles digestifs peuvent également donner le change. Or, à cette période où un diagnostic précoce serait utile pour orienter judicieusement la thérapeutique, il ne peut être encore question de taches rosées, ni d'ulcérations des piliers du voile. C'est ici que la notation d'une grosse rate d'abord, de la submatité rétro-hépatique ensuite, sera d'un précieux secours pour un diagnostic de probabilité !

Signe *précoce*, le signe de Lesieur existe *pendant toute la période d'état* de la maladie. C'est pour nous un signe à mettre au même plan que l'hypertrophie splénique.

La critique que Corone en a faite ne porte pas. Cet auteur, en effet, dégage de ses investigations deux conclusions : 1º le signe de Lesieur n'est pas constant dans la fièvre typhoïde ; 2º il existe dans d'autres affections.

Chacune de ces propositions est exacte ; elles ne sauraient cependant entacher en rien l'importance diagnostique de la submatité rétro-hépatique dans la dothiénentérie. Existe-t-il beaucoup de signes pathognomoniques, donc propres à une seule affection, en pathologie ? L'hypertrophie de la rate, pour prendre un symptôme essentiel de la fièvre typhoïde, ne se développe-t-elle donc pas dans toute une série d'infections non imputables aux bacilles du groupe Eberth ? et cependant qui oserait nier sa valeur diagnostique dans le complexus symptomatique de l'état typhique ? Or la submatité de la base droite, très fréquente dans la fièvre typhoïde, est exceptionnellement retrouvée dans d'autres maladies infectieuses. Elle complète d'une façon utile le tableau des signes physiques de la maladie, et donne une assurance de plus au diagnostic.

Au surplus, *quelques chiffres et quelques comparaisons avec d'autres symptômes* nous paraissent propres à entraîner la conviction.

Lesieur note son signe positif dans 80 % des cas. Mouriquand le signale dans 70 %.

Dans la partie de ma statistique compulsée par Debauchez et portant sur 84 observations, le signe de Lesieur est positif 65 fois, soit dans 77 %. Sur 25 malades entrés à l'hôpital à la première semaine, il fut positif 20 fois, et ceci de façon très précoce aux 3e, 4e et 5 jours. Sur 48 malades entrés au cours de la deuxième semaine de leur typhoïde, il fut positif 39 fois. Enfin sur 6 malades entrés pendant la troisième semaine, et sur 5 entrés au delà, il fut positif trois fois dans chaque cas.

En parallèle avec la submatité rétrohépatique, voici ce que j'ai noté pour l'hypertrophie splénique ; elle existe dans 85 % des cas. D'apparition également précoce, qu'elle soit déjà perçue à la palpation, ou simplement décelée par la percussion, elle est présente dès la première semaine 21 fois sur 25 soit 84 %. D'après nos observations, *signe de Lesieur et rate hypertrophiée évoluent en général de concert.* Ces deux signes débutent et disparaissent ensemble. Il est cependant des cas où la rate est perçue avant la submatité rétro-hépatique ; il est d'autres cas, moins nombreux peut-être, où c'est l'inverse.

Quant aux taches rosées, qu'elles soient discrètes, notables, ou abondantes, elles se manifestent plus rarement que la submatité rétro-hépatique, et je ne les constate que dans 60 à 65 % des cas. Leur notation est habituellement un peu plus tardive.

Beaucoup plus rare est le signe le plus décisif : les ulcérations vélopalatines ; elles se rencontrent dans 1/5 à 1/6 des cas.

Parallèlement ou non à ces symptômes, le laboratoire (hémoculture ou séro-diagnostic) nous a fourni seulement 60 % de réactions positives.

Le signe de Lesieur comporte également une valeur pronostique. La submatité de la base droite fait plus volontiers défaut forsqu'il s'agit de typhoïdes à évolution bénigne, de typhoïdettes. Si donc on se trouve en présence d'une dothiénentérie indubitable avec réactions humorales positives, taches rosées, grosse rate, et que le signe de Lesieur manque, il y aura des probabilités pour que l'évolution soit brève. C'est là un renseignement précieux. Mais c'est surtout au moment de la convalescence que la recherche de la submatité rétro-hépatique est utile. Si cette submatité disparaît, indice d'une régression du volume du foie, il est à penser que la convalescence sera franche, exempte de rechutes. Si au contraire, cette submatité persiste nettement, il ne faudra pas décréter une guérison absolue, mais prévoir une rechute.

Voici un exemple montrant l'importance du signe. Madame M... a une typhoïde typique. Au trentième jour, à la fin de la période d'état, la rate n'est plus hypertrophiée, mais le signe de Lesieur est encore net. Au cinquantième jour, début d'une rechute, le signe restant légèrement positif. Au cinquante-septième jour, il est encore plus accentué alors que la rate est de nouveau perçue à la palpation. Enfin au soixante-deuxième jour, au début de la seconde défervescence, submatité rétro-hépatique et hypertrophie de la rate ont disparu.

Rappelons que sur 6 cas de rechute nous l'avons relevé 5 fois.

***

De nos recherches, il résulte que la submatité rétro-hépatique constitue un signe important de la dothiénentérie. Sa fréquence et son apparition précoce lui confèrent une valeur indubitable au point de vue du diagnostic. Sans être pathognomonique, il mérite d'être mis sur le même plan que l'hypertrophie splénique, dont il suit assez fidèlement l'évolution. Plus souvent observé que d'autres signes de premier plan, tels que les taches rosées ou les données du laboratoire, il sert aussi à l'élaboration du pronostic de la fièvre typhoïde ; et je lui reconnais toute la valeur que lui attribuait Lesieur.

J'ajouterai qu'il souligne l'atteinte hépatique, par ailleurs bien établie par des recherches d'un ordre différent ; c'est un argument de plus en faveur de l'utilisation de certaines médications, telles que l'héxaméthylène-tétramine, dans le traitement des fièvres typhoïdes.

© BIU Santé

Le risque opératoire dans la chirurgie des fibromyomes de l'utérus

Par

le Dr CHIFOLIAU,

Chirurgien de la Maison Dubois.

D'après mon expérience personnelle, les résultats obtenus dans le traitement opératoire des fibromes utérins sont bien meilleurs actuellement qu'il y a dix ans.

J'ai recherché toutes les observations des fibromes que j'ai opérés depuis 1904 jusqu'à ce jour et je les ai groupées en 2 périodes : de 1904 à 1914, avant la guerre, de 1919 à 1924, après la guerre.

La première série comprend 145 cas opérés, pour la plupart à l'hôpital Lariboisière, dans les services de mes maîtres Poirier, Reynier, Beurnier. Sur 145 fibromes j'ai compté 20 décès, soit un pourcentage très élevé de 13.7 pour 100.

De 1919 à 1924, j'ai opéré, comme chef de service, soit à l'hôpital Cochin, soit à la Maison municipale de santé 194 fibromes utérins avec une seule mort, soit un pourcentage de moins de un pour cent.

Quelle différence entre ces 2 statistiques ! Et pourtant il s'agit du même opérateur, travaillant dans le même milieu. Est-ce depuis 1919 une série particulièrement heureuse ? C'est peu probable. Je pense plutôt que l'abaissement de la mortalité est due à l'amélioration de la technique opératoire et surtout à l'étude clinique plus méthodique, plus attentive des malades, au meilleur choix de l'anesthésique.

Analysons les causes de la mort de ma première série de 145 cas. Sur 20 morts, 13 ont été déterminées par l'infection, une par hémorragie, une par syncope chloroformique, 5 par embolie.

Une malade est morte d'hémorragie, 3 jours après une hystérectomie vaginale, quelques heures après l'ablation des pinces. Les pinces ont été enlevées trop tardivement et la malade n'a pas été suffisamment surveillée. L'ablation des pinces à demeure de l'hystérectomie vaginale exige de grandes précautions. Le chirurgien doit enlever lui-même les pinces qu'il a placées. La malade doit être transportée à la salle d'opération, afin qu'en cas d'hémorragie, le pédicule qui saigne puisse être repincé immédiatement sous le contrôle de la vue.

C'est une véritable opération itérative qui expose aux pires accidents, au pincement de la vessie, de l'uretère et aux fistules urinaires ou même intestinales.

J'ai peu de chose à dire sur le cas de syncope chloroformique. Il s'agissait d'une femme très anémiée. L opération avait été simple et rapide, mais l'externe chargé de l'anesthésie, confiant dans l'appareil Ricard, avait donné trop de chloroforme. Au moment où je mettais le dernier crin sur la paroi abdominale, la malade pâlit, la respiration s'arrêta et il fut impossible de la rappeler à la vie, malgré la respiration artificielle prolongée pendant une heure.

J'ai eu tort d'employer le chloroforme chez une malade anémiée : il eût fallu se servir d'éther ou de protoxyde d'azote, c'est-à-dire d'un anesthésique n'abaissant pas la pression artérielle.

L'embolie pulmonaire massive, foudroyante, a causé 5 morts sur 20. Cette complication est survenue à des dates très variables, le 2e jour, le 9e jour, le 22e jour , le 14e jour, sans avoir été précédée de phénomènes prémonitoires, de poussée fébrile, de phlébite visible ou diagnostiquée des membres. Si l'embolie pulmonaire est fréquente après les opérations de fibromes, il faut bien dire qu'elle s'observe aussi dans les suites de toutes les opérations chirurgicales, après les opérations septiques comme après les opérations aseptiques, après l'abcès appendiculaire gangréneux comme après l'hystéropexie simple, l'appendicectomie à froid et même la cure radicale de la hernie. Nous sommes mal renseignés sur les causes prédisposantes des embolies. Faut il invoquer l'influence de certaines infections d'ordre médical, comme la grippe ? Le Pr J.-L. Faure a observé, des embolies en série au moment où sévissait une épidémie de grippe.

Evitons donc d'opérer les fibromes chez les malades convalescentes de grippe ou d'angine ou de toute autre infection médicale. Etudions attentivement l'appareil circulatoire des futures opérées. La coagulation du sang est-elle accélérée, faisons précéder le traitement chirurgical d'une cure par le citrate de soude. Au cours de l'opération, nous nous efforcerons de ne pas tirailler sur les vaisseaux pour ne pas provoquer à distance de lésions de l'endoveine, favorables à la coagulation, Nous lierons les vaisseaux une fois pour toutes en les chargeant à l'aiguille de Deschamp, *in situ*, sans les clamper largement ni les écraser sur une grande longueur. Les gros pédicules favorisent à la fois les hémorragies, les infections et les phlébites.

L'infection, sous toutes ses formes, a causé la mort de 13 opérées sur 20.

Le plus souvent, il s'est agi dans nos observations de péritonite rapide évoluant dans les 5 ou 6 jours qui suivent l'acte opératoire. Dans d'autres cas, l'infection a évolué plus lentement, débutant par la paroi abdominale ou par le vagin, dans l'hystérectomie vaginale, déterminant des abcès pelviens puis une suppuration diffuse de la paroi abdominale, et enfin des abcès à distance, sur les membres ou dans la plèvre par pyohémie. Dans un cas compliqué de lésion de l'S iliaque pendant l'opération, la malade opérée le 15 juin 1909 est morte le 11 avril 1910 après une longue suppuration.

Le plus souvent, l'infection mortelle m'a paru prendre son origine dans les lésions associées aux fibromes (salpingo-ovarites suppurées et adhérentes) ou bien dans l'état d'infection de la cavité utérine (pyométrie et écoulements fétides des polypes intra-utérins). Le grave danger de l'infection après l'hystérectomie devra inciter le chirurgien à dépister chez ses futures opérées ces lésions associées et à les traiter énergiquement avant d'intervenir.

Dans ma deuxième série de fibromes opérés depuis 1919, figure une mort, neuf jours après l'opération, par troubles urinaires, anurie et urémie. L'observation est, je crois, assez intéressante pour être rapportée brièvement. Le 26 octobre 1922 entre dans mon service de la Maison de santé une femme de 44 ans, atteinte de kyste de l'ovaire. Ce diagnostic porté, au dire de la malade, par un des professeurs de clinique chirurgicale les plus réputés de la Faculté de Paris, paraît évident. La paroi abdominale, à gauche de la ligne médiane, est soulevée par une tuméfaction hémi-

© BIU Santé

phérique. On sent au palper une masse arrondie, lisse, régulière, élastique, fluctuante, mobile dans le sens vertical et dans le sens transversal. Au toucher vaginal, cette masse est indépendante de l'utérus, occupe le cul-de-sac vaginal antérieur et repousse l'utérus en arrière. L'utérus est d'ailleurs gros, irrégulier, bosselé, nettement fibromateux.

Le cas paraissait très simple : la malade, seulement un peu amaigrie, n'accusait aucun trouble spécial, en dehors d'une certaine pollakiurie attribuable au kyste ovarien et au fibrome utérin. J'opérai la malade le 31 octobre 1922 sous rachianesthésie. Mais au moment d'amener la patiente sur la table d'opération, l'infirmière fit le cathétérisme vésical, comme d'habitude. Nous vîmes instantanément le kyste disparaître, au fur et à mesure que l'urinal s'emplissait. Il s'agissait donc de fibrome compliqué de rétention chronique d'urine, avec distension vésicale.

Dès la paroi abdominale incisée, je constatai que la vessie épaissie, flasque, présentait au palper une sorte de plaque indurée sur son bas-fond et je me proposai de faire cystoscoper ultérieurement cette vessie malade. J'enlevai facilement et rapidement l'utérus fibromateux qui était libre d'adhérences et avait le volume d'une grosse orange Les premières suites opératoires furent bonnes. On commença des lavages vésicaux dès le 2 novembre. Le 3 novembre, les urines qui étaient claires devinrent louches, puis franchement purulentes. Elles diminuèrent de quantité progressivement. Le 8 novembre, la malade tomba dans le coma, l'anurie était complète.

L'analyse du sang indiquait 3 gr. d'urée par litre.

La malade mourut le 9 novembre 1923 d'urémie. La température n'avait pas dépassé 37°8 depuis l'opération.

Je m'accuse de n'avoir pas tenu suffisamment compte des petits troubles urinaires accusés par la malade. Je n'aurais pas dû me contenter des renseignements fournis par l'analyse rapide des urines qui indiquait 8 gr. 20 d'urée et 0 gr. 20 cent. d'albumine par litre. Depuis 1919, je me suis imposé comme une règle de faire doser toujours dans les urines de mes malades la quantité d'urée et de chlorures. Quand les chiffres sont anormalement bas, je demande en outre une analyse du sang indiquant la teneur en urée et souvent la constante d'Ambard.

L'étude systématique des fonctions urinaires est de la plus haute importance. Elle m'a montré très fréquemment, chez des malades atteintes de fibromes, un taux élevé d'urée dans le sang. Le chiffre de l'urée sanguine dépasse-t-il 0.60 par litre, je me suis bien trouvé de surseoir à l'opération, de mettre les malades au régime déchloruré ou au régime lacté. En quelques jours la quantité des urines augmente, le chiffre d'urée dans le sang diminue. Chez une malade qui avait à un premier examen un Ambard égal à 0.2 au lieu de 0.065, j'ai attendu six mois l'amélioration de la fonction rénale, d'accord avec mon collègue Ramond qui avait examiné la malade. Pendant cette période de six mois, l'analyse du sang a été faite mensuellement. Quand le chiffre d'urée a été abaissé à 0 gr. 30, je suis intervenu. La malade a été endormie par le protoxyde d'azote et les suites opératoires ont été remarquablement simples.

Outre ces précautions préopératoires, il est un certain nombre de facteurs importants du succès de l'opération. Tout d'abord la voie d'accès sur le fibrome. Il n'y a pas bien longtemps les chirurgiens gynécologues se classaient en laparotomistes et vaginalistes. L'hystérectomie vaginale était moins grave, moins choquante que l'hystérectomie abdominale. Avec les progrès de l'asepsie et de la technique chirurgicale, la plupart des chirurgiens ont renoncé petit à petit à l'hystérectomie vaginale. Entre 1904 et 1914, j'ai opéré 16 fibromes par la voie vaginale avec 2 morts, l'une par hémorragie, l'autre par infection. En 1919, à Cochin, j'ai fait 10 hystérectomies vaginales pour fibromes sans mortalité, mais avec une fistule vésico-vaginale. Depuis 1920, à la Maison Dubois, j'ai fait seulement deux hystérectomies vaginales pour fibromyomes, sans incidents.

Je ferai un certain nombre de reproches à l'hystérectomie vaginale dans les fibromes. Sans parler des fibromes énormes atteignant ou dépassant l'ombilic, pour lesquels la voie vaginale ne convient pas du tout, un bon nombre de fibromes de moyen volume, multiples et irréguliers, s'abaissent difficilement par le vagin. L'opération est lente et pénible ; il faut morceler ou énucléer successivement les noyaux fibromateux. Ces opérations difficiles exposent aux pincements de l'uretère ou de la vessie par les clamps, et aux fistules urinaires. Dans la suite, il faut compter avec les hémorragies au moment de l'ablation des pinces. Les pansements vaginaux quotidiens sont douloureux. La cicatrisation complète se fait attendre souvent un mois et plus.

Actuellement l'hystérectomie abdominale bien réglée donne toujours un jour large sur le fibrome, permet de se comporter exactement suivant les lésions, de conserver un ovaire chez les femmes jeunes, et même de conserver l'utérus et les annexes, en enlevant seulement le fibrome par myomectomie abdominale. La paroi abdominale fermée sans drainage, tout est terminé au bout de 10 jours, avec le minimum de souffrance chez la patiente.

L'hystérectomie abdominale a toutes mes préférences ; je crois néanmoins, avec les classiques, que la vaginale est indiquée chez les femmes obèses, chez les malades très anémiées, chez celles dont l'utérus est bourré de fibromes sous-muqueux, déterminant un écoulement septique.

Il faut aussi extirper par la voie vaginale les gros polypes fibreux faisant saillie à travers le museau de tanche. La simple torsion suffit. Dans un 2e temps, quand la cavité utérine est désinfectée, on procédera à l'hystérectomie abdominale s'il y a lieu, pour enlever les masses fibromateuses pelviennes ou abdominales.

Le plus grave danger de l'hystérectomie abdominale est l'infection à point de départ salpingo-ovarien ou périutérin. Le chirurgien devra rechercher très attentivement ces suppurations périutérines. Bien entendu, il ne devra pas prendre pour un fibrome une grosse masse médiane, dure, irrégulière, légèrement douloureuse, immobile, formée par de grosses masses annexielles collées à l'utérus et recouverte par des fausses membranes épaisses. Cette périmétro-salpingite, à évolution chronique ou subaiguë, s'accompagnant de fièvre peu élevée, doit être traitée d'abord par la glace et refroidie longtemps comme les annexites banales.

Mais de temps à autre nous observons autour des fibromes de grosses suppurations qu'il faut reconnaître et traiter d'abord par colpotomie. Je viens d'en observer récemment un très beau cas. La malade présentait depuis longtemps un fibrome. Dans ces derniers jours étaient apparus de la fièvre, des vomissements et une constipation opiniâtre. Au palper, on sentait au-dessus du pubis une tumeur médiane, très dure, un peu douloureuse. Le toucher vaginal moutrait que cette tumeur était mobile avec le col mais il existait en outre dans le cul-de-sac postérieur une autre tumeur fluctuante, douloureuse, mal limitée. S'agissait-il d'un kyste tordu ou d'une suppuration annexielle ? Une ponction du Douglas ramena du pus et la colpotomie donna issue à un litre de pus fétide. La malade améliorée rentra chez elle.

Elle revint à nouveau dans le service au bout d'un mois, sur mon conseil. Le fibrome médian persistait un peu plus mobile. Dans les culs-de-sacs latéraux on sentait encore des

◆◆◆◆

© BIU Santé

indurations annexielles. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée le 24 juin 1924 et permit d'enlever le fibrome et deux grosses salpingo-ovarites. Dans la cavité utérine existaient plusieurs polypes sous-muqueux. Dans ce cas, l'hystérectomie abdominale pratiquée d'emblée eût amené sans doute un désastre. L'hystérectomie vaginale aurait été extrêmement difficile et aurait laissé des débris annexiels dans la cavité pelvienne.

Les suppurations péri-fibromateuses se voient aussi dans les fibromes traités par les rayons X et déclarés guéris. En voici une observation typique :

Mme T., 45 ans. En 1918, est traitée par le Dr Béclère pour un fibrome utérin et subit 42 applications de rayons X. Les métrorragies qui étaient abondantes et duraient 20 jours par mois cessent. Les règles sont supprimées complètement. La malade est considérée comme guérie. Le 10 juin 1922 elle est prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec fièvre élevée, sans vomissements et entre à la Maison Dubois, service Horteloup, le 18 juin avec le diagnostic de fibrome sphacélé. En réalité, il s'agit d'un fibrome avec gros empâtement du cul-de-sac postérieur. Malgré la glace et les injections chaudes, je suis obligé de faire le 1er juillet, une colpotomie qui donne issue à une grosse quantité de pus. La malade demande à rentrer chez elle pour quelques semaines. Mais la fièvre se rallume aussitôt, la plaie de colpotomie s'est fermée trop tôt. La malade se fait ramener à nouveau à Dubois le 19 juillet. 2e colpotomie. Celle-ci donne très peu de pus, mais me permet de reconnaître un gros fibrome utérin, du volume de deux poings. Mme T. subit enfin l'hystérectomie abdominale le 29 juillet et sort guérie le 30 août 1922. Elle a été revue depuis en parfait état.

Il est un dernier point sur lequel je veux insister : c'est l'importance du choix de l'anesthésique.

L'examen détaillé de tous les organes nous servira de guide.

Le cœur, les poumons, seront auscultés soigneusement et radioscopés ; on prendra la tension artérielle. Pour le foie et les reins, on ne se contentera pas de l'examen clinique, ni de l'examen chimique des urines. En regard du chiffre de l'urée dans l'urine on mettra le chiffre de l'urée sanguine et dans un grand nombre de cas on exigera la constante d'Ambard.

Chez les malades dont les organes sont en bon état de fonctionnement mais qui sont un peu obèses et facilement dyspnéiques, je me sers volontiers de chloroforme.

Aux malades jeunes, sans passé et sans lésion pulmonaires, je fais donner de l'éther.

J'ai renoncé à la rachianesthésie, à cause de la variabilité de l'action de la novocaïne, et parce que j'ai observé une fois des accidents sérieux de méningite aseptique, et souvent des maux de tête et des vomissements persistants. Chez les malades âgées, affaiblies, hypotendues, qui ont un taux élevé d'urée dans le sang, des antécédents hépatiques ou rénaux, je me sers de protoxyde d'azote. La résolution musculaire complète n'est pas toujours obtenue, les malades poussent un peu, mais les suites anesthésiques sont parfaites.

Grâce à toutes ces précautions, j'ai vu ma mortalité opératoire s'abaisser de plus de treize à moins d'un pour cent.

Je suis persuadé que beaucoup de chirurgiens ont une statistique comparable à la mienne. Le professeur J.-L. Faure (*Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 3 mai 1922, p. 652) a opéré de 1920 à 1922, 127 fibromes avec une mort. M. Alfieri (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1921, nº 9) a rapporté une série de 138 malades opérées de fibromes sans mortalité et guéries. Un certain nombre d'auteurs étrangers, Bumm, Franque, Frantz, Nagel, Fuchs, ont communiqué des séries importantes d'interventions pour fibromyomes utérins avec une mortalité nulle ou presque.

Il semble donc bien que, dans l'état actuel de la chirurgie, le risque opératoire dans les interventions sur les fibromes utérins soit de plus en plus faible.

Les malades guérissent d'autant mieux qu'elles arrivent plus tôt au chirurgien, avec un meilleur état général, avant les complications périutérines et les déchéances organiques. Dans certains cas de fibromes tordus, de fibromes en voie de sphacèle, de fibromes à croissance rapide, l'intervention s'impose avec une urgence absolue. Elle est la seule chance de guérison des malades. Mais en dehors de ces cas d'urgence, avant d'opérer un fibromyome de l'utérus, on devra tenir un grand compte des contre-indications locales ou générales. De ces contre-indications, les unes sont momentanées et peuvent disparaître sous l'influence du traitement chirurgical ou médical. D'autres sont définitives, le risque opératoire est trop grand, il faut recourir à une méthode thérapeutique moins certaine que l'ablation chirurgicale, c'est-à-dire aux rayons X ou au radium. Mais la radiothérapie, elle aussi, a ses contre-indications et ses insuccès. Sur mes 194 dernières opérées, je compte 13 malades traitées antérieurement plus ou moins longtemps sans succès par les rayons X.

Les idées modernes sur la vaccinothérapie

Par le Docteur L. GOLDENBERG

et

L. PANISSET,

Professeur de bactériologie a l'École d'Alfort.

L'emploi des vaccins connaît maintenant un succès que l'on ne pouvait guère prédire à l'époque des premières tentatives de Pasteur sur les vaccinations. Mais la prévention, avec les vaccins, ne peut être largement appliquée que dans les agglomérations, en raison de ses dangers, elle ne peut être opposée qu'à des maladies menaçantes. La sérothérapie sur laquelle on avait fondé tant d'espoir, grâce à son apparente innocuité, a vu ses applications limitées à la prophylaxie de quelques maladies et au traitement d'un petit nombre d'entre elles. Malgré les acquisitions inestimables de la thérapeutique préventive, un champ très vaste restait ouvert à la thérapeutique curative. Les recherches devaient fatalement s'orienter vers l'utilisation de ces microbes qui, plus ou moins modifiés, sont capables de prévenir les maladies, il s'agissait de les faire servir au traitement.

Le pionnier de la vaccinothérapie fut Wright qui imagina et qui osa inoculer les microbes — même tués, il est vrai — qui sont les agents de la maladie ; sa découverte était basée sur cette conception que ce sont des propriétés particulières des humeurs, représentées par les opsonines, qui assurent

© BIU Santé

l'état d'immunité. Pendant la maladie, les opsonines aident à l'englobement phagocytaire, suprême ressource de la défense organique. Ces opsonines se développent sous l'influence des microbes en cause : injecter ces mêmes microbes, c'est augmenter la formation des opsonines, c'est favoriser et assurer la guérison.

La vaccinothérapie fut accueillie avec empressement par les médecins, elle connaît en Angleterre et aux Etats-Unis depuis sa découverte un engouement que son lent développement chez nous permet à peine de soupçonner. Les bactériologistes, les spécialistes des maladies infectieuses, sont restés longtemps sceptiques, réfractaires à la vaccinothérapie, et c'est peu à peu seulement que cette pratique a conquis parmi les méthodes de thérapeutique biologique la place honorable qu'elle occupe.

On s'est efforcé de pénétrer le mécanisme de son action et l'on s'est convaincu que la vaccinothérapie venait renforcer la formation des anticorps qui donnent aux humeurs, comme on l'admet, ces propriétés qui font que l'organisme se guérit d'abord, qu'il devient réfractaire ensuite, qu'en d'autres termes, il acquiert l'immunité.

Quelle que soit la grande valeur de la théorie phagocytaire on s'accorde pour lier les phénomènes de l'immunité à la présence des anticorps les plus variés qui se trouvent dans les humeurs des individus guéris et réfractaires. Les exemples ne manquent pas où la théorie ne cadre pas avec les faits à telle enseigne que si la recherche et la mesure des anticorps sont utilisées pour reconnaître l'état d'immunité et apprécier son degré, ce sont aussi des moyens d'un usage courant pour déceler l'état d'infection. Et, de plus, il existe tant de maladies où les anticorps ne vont pas de pair avec la guérison, tant d'autres où les anticorps font défaut, quand la maladie évolue de la manière la plus régulière et la plus favorable. Les infections staphylococciques sont le plus bel exemple de l'échec de cette conception — classique — qui rattache l'immunité aux anticorps. Le staphylocoque est un mauvais antigène et c'est à coup sûr, le microbe qui, convenablement modifié, donne les meilleurs résultats comme agent de la vaccinothérapie.

Il y a donc autre chose que les anticorps dans l'établissement de l'immunité et l'efficacité de la vaccinothérapie n'est pas due seulement à l'augmentation des anticorps.

Mais, avant de condamner cette théorie pour rechercher une explication plus satisfaisante, il convient de ne pas nier les faits. La vaccinothérapie générale, assurée par inoculation sous-cutanée de vaccin, quelle que soit l'interprétation que l'on cherche à donner de son mode d'action, compte des succès et est encore susceptible d'heureuses applications.

Si Wright a été l'initiateur de la vaccinothérapie générale, il faut reconnaître à Besredka le mérite d'avoir orienté la thérapeutique par les vaccins selon un mode tout à fait nouveau et original auquel convient bien le nom de vaccinothérapie locale. Il ne s'agit pas seulement, comme on pourrait le croire d'une manière simpliste, d'insérer *localement* des *vaccins* ; cette pratique nouvelle repose sur une conception, elle-même basée sur des faits, qu'il faut connaître pour saisir toute la portée des vues de Besredka et pressentir l'étendue des applications possibles.

Les microbes qui se répandent dans un organisme infecté ne se propagent pas au hasard de leur prolifération, ils obéissent à certains tropismes qui les dirigent les uns vers la peau, d'autres vers les centres nerveux, d'autres vers l'intestin... Si l'on étudie les maladies de ce point de vue, l'on est surpris des affinités étroites que témoignent divers organes ou tissus pour certains microbes. L'infection par la bactéridie charbonneuse illustre la conception de Besredka et ce sont les observations recueillies dans cette étude expérimentale qui ont permis d'édifier une nouvelle théorie de l'immunité.

L'affinité de la bactéridie charbonneuse pour la peau est telle que si l'on prend la précaution, en inoculant un cobaye, de ne pas léser la peau, et que l'on porte le virus dans le sang, dans le péritoine.. peu importe où, le cobaye considéré comme si sensible ne contracte pas la maladie. Au contraire, la moindre trace du virus déposée dans la peau assure le succès de l'inoculation.

Infection et immunité sont des états étroitement liés. Si l'on vaccine *la peau* du cobaye, si l'on supprime l'affinité des cellules réceptives, le cobaye, si difficile à vacciner (vaccination générale) devient solidement et rapidement réfractaire au charbon.

Mais c'est une immunité sans anticorps, elle est *locale* au sens que donne Besredka à cette expression, seul l'organe sensible a été vacciné, ses cellules réceptives sont devenues inaptes à entrer en réaction avec le virus.

La peau est d'une réceptivité particulière aux microbes et l'étude de la *cuti-infection* et de la *cuti-immunité* avec le streptocoque, avec le staphylocoque, est venue confirmer ce que l'on savait déjà pour la vaccine et ce que l'on venait d'apprendre pour le charbon.

La notion de l'infection et de l'immunité locale ne devait pas rester limitée à la peau, elle ne tardait pas de s'étendre à l'intestin, (dysenterie, affections typhiques, et paratyphiques) ; aux poumons, aux gencives (pyorrhée alvéolaire, Goldenberg) ; ce que l'on venait d'apprendre de l'immunité locale devait être bientôt et logiquement appliqué au traitement pour instituer une vaccinothérapie locale, comme la vaccinothérapie générale avait été créée par Wright de la vaccination telle qu'elle avait été conçue depuis Pasteur.

C'est un excellent moyen — l'expérience le prouve — de traiter les infections staphylococciques par dépôt sur la peau ou par inoculation dans son épaisseur de vaccin spécifique. Besredka montre même que point n'est besoin d'utiliser les microbes, le bouillon qui a servi à leur développement, filtré, convient tout aussi bien. Le mode d'action et l'efficacité de cette vaccinothérapie reposent sur l'immunité locale de l'organe intéressé — la peau. La vaccinothérapie ne serait pas un moyen de traitement ni un procédé pour guérir, — les forces de la nature doivent y pourvoir — elle agit par son action vaccinante, elle protège les éléments qui ne sont pas encore atteints et les rend réfractaires au virus. On n'a pas réussi à pénétrer le mécanisme de cette action empêchante, Besredka imagine qu'elle est liée à l'*antivirus*, qui existe dans le bouillon filtré, substance qui résiste à la stérilisation et qui vaccine en neutralisant l'affinité des cellules réceptives.

L'une des grandes qualités de la vaccinothérapie par immunisation locale est la rapidité de son établissement. Alors que l'immunité générale exige un certain délai, l'immunité locale est créée en un temps très court, vingt-quatre heures environ.

La vaccinothérapie devait mettre largement à profit les avantages de l'immunité locale ; le traitement de la pyorrhée est, parmi ces applications immédiates, une de celles qui donnent les meilleurs résultats.

On nous permettra de nous arrêter parce que le problème a été étudié par l'un de nous (L. Goldenberg) et que jusqu'à maintenant la solution qu'il a proposée n'a fait l'objet que de rares publications.

Le vaccin est formé de corps microbiens mis en suspension dans un milieu actif, lui-même constitué par des microbes dissous. Les injections sont faites sous la muqueuse gingivale au niveau de l'articulation malade, leur action est

© BIU Santé

promptement et rapidement efficace. On comprendra mieux toute la valeur de la méthode si l'on veut bien se souvenir que la pyorrhée alvéolaire a été considérée jusqu'à maintenant comme incurable et que la vaccinothérapie locale est le seul moyen de la guérir et de s'opposer aux redoutables effets de la pyophagie qui est la conséquence de son existence.

Dans toutes les infections où elle a été appliquée, la vaccinothérapie par immunisation locale a donné d'assez bons résultats pour autoriser les plus belles espérances ; elle sera l'objet de nombreuses applications. La pratique apportera des faits qui viendront consolider les vues actuelles sur l'immunité et rénover nos connaissances dans un domaine si fouillé et encore si obscur.

BIBLIOGRAPHIE

(*Principaux travaux à consulter.*)

Besredka. — Vaccination par voie cutanée. Charbon. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1921.

Besredka.— Immunité générale par immunisation locale. *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 juin et 15 juillet 1922.

Besredka. — De la vaccination locale. *Paris médical*, 2 décembre 1922.

Besredka. — Etude sur l'immunité locale. Staphylocoque — cutivaccination. *Comptes rendus* de la Société de Biologie, 19 mai 1923.

Besredka. — Le pansement staphylococcique. *Comptes rendus* de la Société de Biologie, 2 juin 1923.

Besredka. — De l'immunité locale. *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 31 mars 1924.

Brocq, Rousseu, Forgeot et Urbain. — Vaccination contre le streptocoque par la voie cutanée. *Comptes rendus* de la Société de Biologie, 23 juin 1924.

Delater. — De l'immunisation locale à l'immunité générale. *La Presse médicale*, 2 janvier 1924.

L. Goldenberg. — Le traitement de la pyorrhée alvéolaire par la vaccinothérapie gingivale. Théorie et pratique. *Revue odontologique*, janvier 1924.

Plotz.— Rôle de la Peau dans l'infection et l'immunité charbonneuse. *Annales de l'Institut Pasteur*, nº 2, 1924.

Wright. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1923, p. 107.

Sur le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales

Par

Ch. LENORMANT,

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

On ne voit plus guère d'anus contre nature consécutifs à l'étranglement herniaire : toutes les hernies étranglées sont opérées, et opérées de bonne heure, et cette variété étiologique, qui a tant occupé les anciens chirurgiens, ne se rencontre plus qu'exceptionnellement. Mais il est d'autres causes d'ouverture de l'intestin à la peau qui sont encore fréquentes : les lésions traumatiques, certaines lésions pathologiques peuvent aboutir à la production de fistules plus ou moins larges, et la création d'un anus artificiel dans un but thérapeutique est une opération dont les indications sont nombreuses. La question de la fermeture de ces anus et de ces fistules est donc une de celles qui se posent assez souvent en pratique et méritent de retenir l'attention.

Personnellement, sans tenir compte des fistules stercorales ou pyo-stercorales que j'ai vues se fermer spontanément, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans 16 cas d'anus contre nature ou de fistules intestinales et de recourir à la plupart des opérations proposées dans ce but. Je voudrais, en me basant sur ces observations, comparer les résultats et les indications de ces diverses méthodes.

Du point de vue étiologique, on peut classer les anus contre nature et les fistules stercorales en plusieurs variétés :

1º Les fistules ou anus *traumatiques*, consécutifs à une plaie ou une rupture de l'intestin ; ils sont rares dans la pratique civile ; en revanche, on en a observé un assez grand nombre pendant la guerre, souvent complexes (fistules multiples, large destruction de l'intestin associée à une perte de substance de la paroi abdominale, fistules de siège anormal) et dont le traitement présentait de très grandes difficultés ;

2º Les fistules ou anus *pathologiques*, en rapport avec une altération primitive de la paroi intestinale. La tuberculose intestinale, le cancer peuvent aboutir à la production de fistules stercorales ; mais ces fistules, parfois multiples, le plus souvent pyo-stercorales à trajet tortueux, ne sont qu'une complication de la maladie primitive : elles en rendent le traitement plus difficile, mais n'en modifient pas les indications.

Parmi les fistules pathologiques, les plus fréquentes et les plus intéressantes sont celles qui surviennent après une opération d'*appendicite*. La majorité des fistules intestinales après appendicectomie se ferment spontanément au bout d'un temps variable. Un certain nombre persistent et nécessitent une intervention chirurgicale. Sauf le cas de faute opératoire (blessure méconnue du cæcum), elles sont la conséquence d'une gangrène plus ou moins étendue de la paroi cæcale : c'est-à-dire qu'on les observe dans les appendicites graves, suppurées ou gangréneuses, après l'opération à chaud ; souvent elles ne se manifestent que plusieurs jours après l'appendicectomie, lorsque l'escharre intestinale se détache. Certaines de ces fistules sont larges, atteignant un ou deux centimètres de diamètre et constituant de véritables anus contre nature ; j'en ai vu deux exemples.

3º Les fistules *opératoires* consécutives à une intervention sur l'intestin, le plus souvent à une résection, et résultant d'une insuffisance des sutures.

4º Les *anus artificiels* établis dans un but thérapeutique, soit comme traitement d'une occlusion intestinale, soit comme voie de dérivation au cas de tumeur ou de rétrécissement, soit encore comme premier temps d'une résection intestinale (côlon gauche ou rectum). Les anus artificiels que l'on fait sur le côlon gauche sont habituellement définitifs (cancer rectal) et les procédés opératoires courants visent à exclure complètement le segment intestinal sous-jacent (procédé de Maydl-Reclus avec constitution d'un éperon ; procédé de Madelung avec fermeture du bout inférieur) ; il est relativement rare que l'on ait à les fermer ultérieurement. Au contraire, la fermeture de l'anus cæcal, que celui-ci ait été établi au cours d'une crise aiguë d'occlusion ou qu'on l'ait fait comme dérivation avant une opération portant sur les côlons comporte de fréquentes indications.

© BIU Santé

Les 16 cas que j'ai opérés se répartissent au point de vue étiologique en : 3 fistules traumatiques (dont 2 chez des blessés de guerre), 4 fistules après appendicectomie, 3 fistules consécutives à une résection intestinale (2 du cæcum, 1 de l'intestin grêle), et 6 anus artificiels (5 anus cæcaux, 1 anus iliaque gauche). Ceci explique aisément que je compte 12 anus ou fistules droits (région cæcale) contre 2 du côlon gauche et 1 de l'intestin grêle.

L'évolution spontanée d'une fistule intestinale dépend moins de ses dimensions que de certains caractères anatomiques dont l'importance est capitale. On peut voir de larges fistules se rétrécir progressivement et finir par se fermer, alors que d'autres moins étendues persistent indéfiniment sans modification. Les fistules directes, sans trajet intermédiaire, ne guérissent jamais spontanément lorsqu'il y a continuité de la muqueuse intestinale et de la peau ; c'est le cas de tous les anus artificiels, même lorsqu'on n'a fait, comme il est de règle dans la cæcostomie, qu'une ouverture intestinale de quelques millimètres. Les fistules qui guérissent spontanément sont celles qui ont, entre muqueuse et peau, un trajet intermédiaire bourgeonnant (fistules indirectes). Les fistules pyo-stercorales appartiennent à cette variété et il suffit parfois d'un débridement qui met à plat la cavité suppurante et la draine convenablement pour voir bientôt se tarir l'écoulement.

D'autre part, on ne peut espérer la guérison, spontanée ou opératoire, d'une fistule stercorale que lorsque la circulation en aval est complètement libre, lorsqu'il n'y a plus aucun obstacle, aucune gêne au cours normal des matières. Cet obstacle peut siéger dans le segment sous-jacent de l'intestin : c'est un rétrécissement, une tumeur ; mais on ne doit entreprendre la cure de l'anus ou de la fistule qu'après traitement de ce rétrécissement ou de cette tumeur. Mais l'obstacle peut exister au niveau même de l'anus artificiel : c'est l'éperon résultant de l'accolement en canons de fusil des deux branches de l'anse fistulisée (anus sur le grêle et les côlons), et c'est aussi le prolapsus de l'anus artificiel, qui n'est pas rare au niveau du cæcum lorsqu'on a fait une ouverture trop large : il y a un véritable retournement du cæcum dont la paroi postérieure s'évagine au dehors, formant une tumeur souvent volumineuse à la surface de laquelle on aperçoit deux orifices distincts, conduisant, l'un dans l'intestin grêle, et l'autre dans le côlon ascendant ; toutes les matières passent dès lors par l'anus artificiel, mais il suffit de maintenir réduit le prolapsus pour qu'elles reprennent, au moins en partie, leur cours normal.

Donc, si l'on peut espérer la guérison spontanée des fistures indirectes, étroites, lorsque le tractus intestinal sous-jacent est libre, si l'on peut voir se tarir après un simple débridement et un bon nettoyage du foyer certaines fistules pyo-stercorales, il n'y a rien à attendre de l'évolution naturelle des fistules ourlées de muqueuse (fistules labiées), des anus avec éperon, des anus compliqués de prolapsus. Seule une intervention chirurgicale peut en amener la fermeture.

Deux grandes méthodes opératoires sont en présence, la méthode extra-péritonéale qui vise à fermer purement et simplement l'orifice anormal par une autoplastie, sans libérer les adhérences unissant l'intestin à la paroi, sans ouvrir la séreuse ; — et la méthode intra-péritonéale, dans laquelle on aborde directement l'intestin pour en traiter les lésions par suture, entérectomie ou dérivation.

I. Opérations intra-péritonéales. — Leur importance varie avec les dimensions de la fistule ou de l'anus, l'existence ou l'absence d'éperon, la mobilité du segment intestinal intéressé. On peut schématiquement les ramener à trois types.

1º Lorsqu'on est en présence d'une fistule étroite avec libre circulation des matières dans l'intestin sous-jacent, l'opération consiste essentiellement à ouvrir le ventre par une incision encerclant la fistule, à isoler l'anse intéressée, puis à exciser la fistule, de son orifice cutané à son orifice intestinal, et à fermer ce dernier par une suture latérale : c'est, en somme, une *extirpation de la fistule suivie d'entérorraphie*.

J'ai eu recours à ce procédé chez deux malades et, dans les deux cas, avec un succès complet. L'un d'eux concerne une fistule traumatique. Il s'agissait d'un homme de 23 ans qui avait reçu, le 4 octobre 1919, un coup de couteau dans le 6e espace intercostal gauche ; la plaie intéressait le diaphragme et s'accompagnait de hernie de l'épiploon ; une thoraco-laparotomie, immédiatement pratiquée, ne révéla aucune lésion viscérale ; et il en existait une cependant, puisque, quelques jours plus tard, une fistule stercorale se produisait dans la portion abdominale de la plaie opératoire. Cette fistule ne donnait issue qu'à une petite quantité de matières, et cela d'une façon intermittente ; mais, trois mois plus tard, elle persistait encore sans modification. Je me décidai donc à la fermer, le 13 janvier 1920. Par une incision elliptique, j'encerclai la cicatrice avec la fistule à son centre ; en haut et en dehors, je dus réséquer l'extrémité des cartilages costaux inférieurs pour me donner du jour. Le péritoine étant ouvert, je pus constater que la fistule siégeait sur la branche descendante de l'angle colique gauche, qui adhérait à la face profonde de la cicatrice ; l'intestin fut séparé de celle-ci avec les ciseaux ; cette séparation achevée, il y avait sur le côlon une petite perte de substance arrondie, large de 2 millimètres, qui fut fermée par un point en bourse et par un surjet séro-séreux ; par dessus, la paroi abdominale fut reconstituée. La réunion se fit par première intention, et le blessé quittait l'hôpital le 31 janvier.

Dans le second cas, chez un homme de 19 ans, la fistule siégeait au niveau du cæcum et était consécutive à une opération d'appendicite pratiquée plus d'un an auparavant. Elle était très étroite, presque punctiforme, et occupait le milieu de la cicatrice ; elle ne donnait issue qu'à une très faible quantité de liquide intestinal, et seulement quand le malade avait de la diarrhée ; mais elle ne présentait, après 19 mois, aucune tendance à la fermeture spontanée. Ce malade fut opéré le 29 mai 1924 ; comme dans le cas précédent, une incision elliptique encerclant la fistule permit d'arriver sur la face antérieure du cæcum, de la séparer de la face profonde de la cicatrice et de fermer la petite brèche intestinale par un point en bourse et un surjet d'adossement. Là encore, guérison complète par première intention.

2º Ce procédé très simple n'est applicable qu'aux fistules latérales étroites. Lorsqu'il s'agit d'un anus véritable, surtout d'un anus avec éperon, la suture latérale serait inefficace ou risquerait de rétrécir considérablement le calibre de l'intestin ; il faut alors faire l'*entérectomie*, réséquer d'une pièce l'anus et l'anse intestinale sur laquelle il est établi. L'opération est évidemment plus complexe et plus grave. Elle a donné de très beaux succès, mais reste grevée d'une mortalité qui n'est point négligeable. Elle constitue la seule ressource dans certains cas difficiles.

Je n'y ai eu recours que dans un seul cas, déjà ancien et qui ne fut pas heureux. Une femme de 48 ans avait été opérée par un autre chirurgien pour des accidents d'occlusion aiguë complexe (coexistence d'une hernie ombilicale étranglée et de compression par brides épiploïques) et l'on avait terminé en établissant un anus cæcal sur la ligne médiane. Cet anus était le siège d'un prolapsus complet et rien ne passait plus par les voies naturelles. J'opérai cette

© BIU Santé

malade, trois mois après la première intervention, le 17 septembre 1906. Après avoir fermé l'anus par une suture en bourse, j'ouvris le ventre sur la ligne médiane, l'incision se dédoublant en son milieu pour entourer l'anus. Malgré l'existence de nombreuses adhérences intestinales, je pus assez rapidement isoler, mobiliser et extérioriser l'anse iléo-cæcale, et je la réséquai avec l'anus qu'elle portait, coupant l'intestin grêle à 30 centimètres environ en amont de la valvule, et le côlon à 6 centimètres en aval du cæcum. Les deux bouts furent fermés et la continuité de l'intestin fut rétablie par une anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-latérale. L'opération avait été longue et pénible ; elle parut d'abord bien supportée ; la malade eut sa première évacuation spontanée par l'anus normal le troisième jour. Mais bientôt survinrent des accidents septiques — suppuration abondante de la plaie abdominale, phlébite crurale gauche et enfin, au bout d'un mois, broncho-pneumonie — qui finirent par emporter la malade, le 5 novembre.

3º Dans les cas les plus complexes, lorsqu'il existe des fistules multiples, dans les larges pertes de substance portant à la fois sur la paroi abdominale et l'intestin comme on en a observé chez les blessés de guerre, quand la résection d'emblée du segment intestinal intéressé apparait comme impossible ou comme trop grave, force est de se rabattre sur la dérivation des matières par une *exclusion intestinale*. L'excision unilatérale ne saurait être efficace, puisque toujours il se produit un reflux des matières dans l'anse ainsi exclue. C'est uniquement l'exclusion *bilatérale* qu'il faut pratiquer, et c'est le seul cas où cette intervention soit légitime, puisque la fistule ou l'anus assure l'écoulement des sécrétions de la portion exclue. Mais si, par cette opération, on détourne les matières et on empêche leur évacuation par l'orifice anormal, on ne supprime pas celui-ci : il reste une fistule muqueuse dont la sécrétion, souvent assez abondante et irritante, est une gêne pour le malade. De telle sorte que, pour obtenir vraiment une cure radicale, il faudra ultérieurement, dans une seconde intervention, faire l'extirpation du segment intestinal exclu : c'est cette méthode — exclusion d'abord, et plus tard, résection de l'anse exclue — que Pierre Duval, Baumgartner ont préconisée dans les anus contre nature consécutifs aux plaies de guerre. On conçoit toute la longueur, la complexité et les risques de ce traitement.

J'ai, pour ma part, pratiqué trois fois l'exclusion de l'intestin pour des fistules stercorales. Mon premier cas est un échec, et un échec dû à une faute de technique puisque que j'avais fait une exclusion *unilatérale*. Il s'agissait d'un homme de 42 ans que j'avais opéré, en septembre 1905, pour un cancer du cæcum et du côlon ascendant : j'avais réséqué la tumeur et abouché l'iléon dans le côlon transverse. Au 18e jour, une fistule stercorale s'était établie ; c'était une fistule pyo-stercorale à orifices multiples, et je me contentai d'abord de débrider et de tamponner le trajet et la cavité suppurante. L'écoulement des matières persistant toujours et le malade s'affaiblissant, je me résolus, le 6 mars 1906, à tenter une exclusion : le ventre ouvert sur la ligne médiane, je sectionnai l'iléon en amont de la fistule je fermai son bout distal et j'abouchai son bout proximal dans l'anse sigmoïde. L'écoulement stercoral demeura tari pendant 20 jours, puis il réapparut et fut d'abord assez abondant, le malade continuant néanmoins à avoir des selles par l'anus normal. Au bout de quelques mois, une amélioration se produisit : la fistule ne donnait plus guère que du mucus, avec de temps à autre seulement une petite quantité de liquide intestinal. Le résultat semblait donc relativement satisfaisant quand le malade quitta l'hôpital en juillet et quand je le revis par la première fois en novembre. Mais ce résultat ne devait pas être durable : j'ai retrouvé cet homme quatre ans plus tard, en 1910 ; la fistule était devenue un véritable anus contre nature, par lequel passait la presque totalité des matières.

Sur mon second cas d'exclusion, opéré pendant la guerre, j'ai conservé peu de renseignements : il concernait un blessé présentant un très large anus contre nature ; je fis, cette fois, une exclusion bilatérale, mais l'opéré mourut rapidement de péritonite.

Ma troisième opération a été la plus heureuse. Chez une femme de 49 ans, atteinte d'une hernie crurale droite étranglée, le chirurgien qui opérait d'urgence rencontra des lésions telles de l'intestin qu'il jugea nécessaire de pratiquer une entérectomie, en laissant l'anse suturée au voisinage de l'anneau (le 1er janvier 1924). Les suites furent d'abord favorables et la malade eut des selles par l'anus ; mais, au bout de quelques jours, une fistule stercorale s'établit au niveau de la région crurale et, peu à peu, la quasi-totalité des matières s'écoula par cette fistule ; il en résulta, outre des lésions étendues de la peau par irritation, un état accentué de dénutrition, et bientôt il parut indispensable de fermer cette fistule. L'intervention fut faite le 6 février : le ventre ouvert sur la ligne médiane, il fut assez aisé de reconnaître les deux branches afférente et efférente de l'anse adhérente et fistulisée, de les sectionner et de les fermer par un double plan de sutures, puis de rétablir la continuité de l'intestin grêle par une suture termino-terminale. Malgré son état assez précaire, la malade supporta bien cette opération, les matières reprirent leur cours normal et la fistule ne donna plus que du suc intestinal pur, sans trace de liquide stercoral. En avril, cependant, la malade présenta une crise abdominale aiguë avec fièvre, et on dut lui ouvrir un abcès pelvien, probablement en rapport avec une insuffisance de suture ou un sphacèle partiel au niveau de l'anse exclue. Depuis lors, la santé de cette femme est parfaite, son état général excellent, son transit intestinal normal ; mais elle conserve toujours sa fistule muqueuse qui est une cause de gêne fort appréciable et, pour obtenir une guérison complète, il faudra encore pratiquer l'extirpation de l'anse exclue.

Les opérations intra-péritonéales dans la cure des anus contre nature et des fistules stercorales ont cet avantage de donner, lorsqu'elles ont été exécutées correctement, une guérison certaine et rapide, du premier coup. Elles sont théoriquement les plus satisfaisantes et, dans les cas complexes (brèche intestinale très étendue, anus avec éperon), elles sont seules efficaces. Mais elles achètent cette supériorité dans le résultat par des risques qui ne sont pas négligeables. Ceci est vrai surtout d'opérations relativement compliquées, comme la résection de l'anus contre nature ou l'exclusion. La statistique de Jourdan accuse une mortalité de 6.5 p. 100 pour l'ensemble des opérations intra-péritonéales et cette mortalité atteint 13 p. 100 pour la résection. Il est vrai que le travail de Jourdan date de près de quinze ans (1910) et que la chirurgie intestinale a progressé depuis cette époque. Les interventions pour anus contre nature et fistules stercorales n'en conservent pas moins une gravité spéciale : aux dangers habituels de toute résection intestinale (insuffisance possible des sutures) s'ajoutent ici ceux qui résultent du passage incessant des matières par l'orifice anormal et de l'état d'inflammation et d'infection chroniques de la paroi. Et c'est la raison par laquelle la méthode extra-péritonéale, moins brillante, moins sûre et moins rapide en ses résultats, conserve cependant de larges indications dans le traitement des fistules stercorales et des anus contre nature.

II. Opérations extra-péritonéales.— Tous les pro-

© BIU Santé

cédés décrits ne sont que des variantes de l'opération initiale de Malgaigne qui consiste à séparer, sur le pourtour de l'orifice anormal, la paroi intestinale de la peau et des plans musculo-aponévrotiques, sans détacher les adhérences péritonéales, à fermer l'orifice intestinal par une suture d'adossement et, par dessus, à réunir isolément les plans pariétaux. Elle suppose donc une fistule ou un anus ourlé de muqueuse et une libre circulation des matières dans la partie inférieure de l'intestin. Elle n'est applicable aux anus avec éperon qu'après suppression de celui-ci : c'est pour y parvenir que, depuis Dupuytren, on a eu recours à l'entérotome ; mais je crois que, à l'heure actuelle, tout anus avec éperon est justiciable d'une intervention intrapéritonéale. Pour l'appliquer aux fistules pyo-stercorales, il faut au préalable, avoir transformé celles-ci en fistules stercorales pures, par un large débridement, qui mette à plat l'orifice intestinal.

Même dans les conditions les meilleures, l'opération extrapéritonéale est toujours délicate et elle échoue souvent ; plusieurs interventions successives peuvent être nécessaires pour obtenir le succès et il faut beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien. Mais ces interventions successives, que l'on peut faire souvent sous anesthésie locale, ne font courir aucun risque ; et c'est leur grand avantage. Les principales causes d'échec sont l'état cicatriciel des tissus entourant l'anus ou la fistule, qui rend difficiles la dissection des plans pariétaux et le dédoublement des bords de l'orifice, et l'infection chronique des tissus. Dans ces tissus cicatriciels, infectés, mal nourris, les fils ont une grande tendance à couper sous la moindre tension. Aussi m'a-t-il paru qu'il y aurait avantage à combiner avec le procédé du dédoublement un cerclage de l'anus contre nature au moyen d'un fil perdu qui, faufilé dans l'épaisseur de la paroi abdominale et serré, ramasse les tissus environnant l'anus et soulage les sutures intestinale et cutanée.

J'ai décrit ce procédé à la Société de chirurgie en 1912 (Rapport de Demoulin, p. 1167). En voici la technique. A 2 ou 3 centimètres en dehors de l'anus, on fait une courte incision d'un demi-centimètre, pénétrant jusqu'au plan musculo-aponévrotique. Par cette incision on faufile circulairement, tout autour de l'orifice et en restant à 2 ou 3 centimètres de lui, dans l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique, un fil de catgut chromé nº 1 ou 2 (dans mes premières opérations, j'avais employé un fil métallique pour cet ourlage, mais j'y ai renoncé, ayant eu quelques éliminations). Avec une aiguille d'Emmet ou de Doyen, on passe facilement ce fil circulaire en deux fois, l'aiguille surtant chaque fois par le même point, de telle sorte qu'une incision unique est suffisante. Le fil ainsi placé, dont les chefs sortent par l'incision, n'est pas serré et on le recouvre d'une compresse. On procède alors à l'avivement des bords de l'anus par dédoublement de la muqueuse et de la peau ; ce dédoublement doit être poursuivi, autant que possible, dans une étendue de 10 millimètres au moins. Les lèvres muqueuses de l'orifice sont ensuite suturées par adossement au catgut fin. C'est à ce moment que l'on reprend le fil de cerclage pour le serrer à fond et le nouer : tous les tissus se froncent au pourtour de l'orifice qui est ainsi fermé ; on coupe les chefs au ras du nœud et on enfouit celui-ci sous un point de suture fermant la petite incision latérale. Il ne reste plus qu'à suturer au crin de Florence les lèvres cutanées de l'anus.

D'autres chirurgiens que moi ont eu cette idée de combiner le cerclage à l'autoplastie des anus contre nature et des fistules stercorales. Dans la même séance de la Société de chirurgie, Robineau a décrit sa technique qui ne diffère de la mienne que par l'emploi du crin de Florence comme fil de cerclage et par le mode d'avivement du pourtour de l'anus (excision simple de la muqueuse sans dédoublement, ce qui supprime le temps de suture intestinale). Robineau avait employé 3 fois ce procédé ; il avait eu 2 succès complets dans des fistules cæcales, 1 échec dans une fistule latérale de l'S iliaque ; mais il existait, chez ce dernier malade, un rétrécissement colique sous-jacent qui explique l'insuccès. Vers la même époque, von Hacker publiait (*Zentralblatt für Chirurgie*, 8 juin 1912, p. 769) un procédé basé sur le même principe, mais d'exécution plus compliquée, qui lui avait permis de fermer du premier coup un anus cæcal.

J'ai pratiqué 10 fois cette opération très simple : 4 fois pour un anus artificiel cæcal (3 établis au cours d'une crise d'occlusion aiguë, 1 fait comme soupape de sûreté dans une résection du côlon pelvien pour cancer), — 1 fois pour un anus iliaque gauche sans éperon, établi comme voie de dérivation dans un cas de phlegmon gangréneux périrectal, — 1 fois pour une fistule intestinale traumatique du côlon droit, chez un blessé de guerre, — 1 fois pour fistule consécutive à une résection iléo-cæcale pour tuberculose, — 3 fois pour des fistules après appendicectomie. J'ai eu 1 échec complet, 2 succès partiels (fermeture de l'anus avec persistance d'une petite fistule), 1 guérison complète après deux interventions et 6 fermetures parfaites et définitives du premier coup.

L'échec est survenu chez un garçon de 14 ans atteint de tuberculose iléo-cæcale, et présentant une fistule pyo-stercorale après entérectomie : malgré un débridement de la poche suppurante, deux tentatives de fermeture par cerclage restèrent sans résultat. C'était un fort mauvais cas qui, en réalité, n'était pas justiciable de la méthode.

Chez deux malades, porteurs d'un anus artificiel cæcal, le succès a été incomplet parce qu'il est resté une fistule stercorale. Je suis certain qu'une nouvelle intervention eût facilement complété le résultat, mais les circonstances m'ont empêché de la pratiquer : chez l'un, opéré d'un cancer sigmoïdien, la récidive de la tumeur a créé de nouvelles indications thérapeutiques ; chez l'autre, une femme à laquelle j'avais fait une cæcostomie pour occlusion paralytique, la réapparition d'accidents semblables, deux ans après la première crise, m'a contraint à rouvrir définitivement l'anus artificiel.

Les 7 autres malades ont parfaitement guéri, 6 d'emblée, 1 après deux interventions successives. Je donne ici, comme exemples, mes deux cas les plus récents qui concernent de très larges fistules cæcales consécutives à l'appendicectomie.

Le premier concerne un garçon de 20 ans, opéré en province, l'année précédente, pour appendicite. Il présentait une fistule de 3 centimètres de diamètre, véritable anus cæcal, donnant passage à une grande partie des matières. Je l'opérai le 23 octobre 1920 : le dédoublement de la muqueuse et de la peau fut difficile, en raison de l'état cicatriciel des tissus, et je ne pus le pousser au delà de 3 ou 4 millimètres ; je fis le cerclage avec un fort catgut et suturai la muqueuse au catgut et la peau aux crins de Florence. La réunion fut obtenue par première intention.

L'autre malade a été présenté à la Société de chirurgie le 16 mai 1923. Il avait été opéré, en décembre 1922, pour une appendicite aiguë ; la fistule stercorale s'établit au bout d'un mois, après suppuration de la plaie opératoire. Lorsque ce malade entra dans mon service, en février 1923, il présentait une plaie largement béante et suppurante, au fond de laquelle on apercevait une perforation cæcale, large comme une pièce de 50 centimes, qui donnait issue à du liquide intestinal en abondance ; il ne passait par les voies naturelles qu'une minime partie des matières. L'état gé-

© BIU Santé

néral était mauvais (amaigrissement, escharre sacrée) et il me parut évident que ce malade était incapable de supporter une intervention de quelque importance. Je tentai donc la fermeture de cette fistule par la voie extra-péritonéale. Une première opération fut faite le 3 mars : j'avivai aux ciseaux les bords de l'orifice intestinal, bien visible dans le fond de la plaie ; cet avivement fut difficile et incomplet ; puis je faufilai en bourse un fil de lin autour de l'orifice et je le serrai ; par dessus, je fis un petit surjet ne prenant que les couches superficielles, séro-musculaires, de l'intestin ; la plaie pariétale fut laissée complètement ouverte.

Le résultat de cette tentative parut d'abord nul : au bout de 48 heures, les matières recommençaient à passer par la fistule. Mais, peu à peu, l'importance de l'écoulement stercoral diminua, la plaie se nettoya, et, au milieu d'avril, au lieu d'un anus cæcal au fond d'une cavité suppurante, on se trouvait en présence d'une fistule labiée, relativement étroite, dont la fermeture ne devait pas offrir de grandes difficultés. En effet, une nouvelle intervention, faite le 23 avril et qui consista en un dédoublement suivi de sutures de la muqueuse intestinale au catgut et de la peau aux crins de Florence, combiné avec un cerclage au catgut chromé, amena la guérison complète et définitive.

Ce procédé, très simple et parfaitement inoffensif, me semble mériter d'être essayé dans tous les cas d'anus sans éperon ou de fistule intestinale latérale, avant que l'on en vienne aux opérations intra-péritonéales.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Traitement des vers intestinaux dans l'enfance (1)

Par

M. P. LEREBOULLET.

De tous temps l'on a fait jouer aux vers intestinaux un rôle considérable, justifié ou non, en pathologie infantile. L'opinion publique les a accusés d'innombrables méfaits, et il n'est pour ainsi dire pas de jour ou nous ne voyons dans nos consultations une mère qui attribue aux vers tel ou tel symptôme constaté chez son enfant. De même que l'on a invoqué la dentition à l'origine de multiples accidents et qu'il a fallu une opinion médicale bien éclairée et ferme pour démontrer l'inanité de cette conception, de même que, quoiqu'avec plus de vérité, l'on a rapporté à la croissance de nombreux maux, de même l'on a rattaché aux vers intestinaux toute une série de troubles pathologiques qui certainement en sont indépendants. Depuis deux siècles, la plupart des médecins se sont évertués à mettre en garde l'esprit des familles et du médecin lui-même contre cette tendance.

Toutefois, il n'est pas douteux que les vers intestinaux ont une pathologie, et il faudrait se garder de leur dénier toute signification. De récentes recherches poursuivies au cours de ces dernières années ont montré, en effet, que les parasites intestinaux amenaient des troubles du sang, entraînaient une anémie particulière, avec éosinophilie réactionnelle, qui témoigne d'une influence profonde exercée par ces parasites sur l'organisme, influence qui peut n'être pas sans conséquences fâcheuses. On a soutenu que les parasites intestinaux, en servant de vecteurs à certains germes, jouaient un rôle dans la production de diverses affections et notamment de l'appendicite, doctrine originale dans laquelle il y a une certaine part de vérité. De même encore on a montré que la lombricose peut provoquer des accès de fièvre, qu'il y a même des maladies à allure typhoïde qui ne sont autre chose que des lombricoses à forme typhoïde.

D'autre part, si nous nous transportons hors de la capitale, dans des pays où existe une parasitose qui heureusement ne se rencontre guère dans notre champ d'observation, l'ankylostomiase, si nous allons dans le Nord, où s'observe si souvent la maladie des mineurs, si nous allons surtout dans l'Amérique du Sud, dans l'Inde, en certaines régions, nous voyons que l'ankylostome provoque toute une série de troubles, et amène trop souvent une anémie et une cachexie, prouvant bien qu'il s'agit là d'une véritable et souvent grave maladie.

Par conséquent, sans vouloir dire que les vers intestinaux sont l'origine d'autant de maux que l'admettaient autrefois les vieux auteurs, il faut reconnaître qu'il y a une pathologie vermineuse et que celle-ci réclame une thérapeutique. Vous serez amenés en pratique assez souvent à soigner des vers intestinaux et vous devez savoir ce que vous devez faire contre eux.

D'abord, quels sont-ils ? Je vous rappelle simplement le nom des vers que vous pouvez avoir à soigner dans nos pays, et ne m'occupe pas de ceux que l'on peut observer à l'étranger, par exemple le *Necator americanus*, et même l'ankylostome, dont je ne dirai que quelques mots.

Dans nos pays, nous avons des Cestodes et des Nématodes suivant la division classique. Les *Cestodes* sont des vers plats, rubanés. Parmi ces vers, deux espèces surtout sont observées. C'est le *tænia*, notamment le *tænia saginata* ou *inerme*, ce long ver qui provient de la viande de bœuf crue. Or depuis que nous donnons assez volontiers de la viande crue aux enfants, il est arrivé souvent que les enfants, ont de cette façon contracté le tænia. Ce ver solitaire, vous ne l'observerez cependant pas, en général, chez les très jeunes enfants, et ceci est fort heureux, au point de vue thérapeutique, nous serions assez gênés si nous avions à soigner ces cas.

L'autre espèce est le *tænia solium* ou *tænia armé*, qui vient de la viande de porc non cuite, ou insuffisamment cuite. Le tænia solium est extrêmement rare dans nos pays, car le Français ne mange pas beaucoup de porc cru ou fumé. En France, le tænia solium ne se voit pratiquement pas.

En dehors du tænia nana ; qui est encore plus rare que la variété précédente, un autre cestode joue un rôle assez important, c'est le *Bothriocéphale*, qui provoque une anémie spéciale ; mais le bothriocéphale n'existe pas à Paris, il se rencontre dans les pays où l'on consomme beaucoup de poisson ; sur les bords du lac de Genève notamment, il y a un certain nombre de cas d'anémie bothriocéphalique. Bien que celle-ci ne s'observe guère dans nos régions, vous pourriez la rencontrer exceptionnellement chez certains enfants et il faut parfois y penser.

(1) Leçon faite le 8 février 1924.

© BIU Santé

Parmi les *Nématodes*, nous avons affaire tout d'abord, à l'*ascaris lombricoïdes* ou *lombric*. Le lombric occupe généralement l'intestin grêle. Rarement il est unique ; on a 2, 3 lombrics, parfois un grand nombre, 50, 100, exceptionnellement même plusieurs centaines. Le lombric est relativement fréquent. On le voit chez les enfants qui ont mangé n'importe quoi, notamment qui ont joué avec de la terre qu'ils ont ramassée et déglutie. MM. Weill et Mouriquand citent l'exemple d'un bébé de 13 mois qui, ayant mangé de la terre de jardin, avait présenté des ascarides. Le lombric se voit souvent chez les enfants qui ont mangé des fruits souillés par la terre, des légumes crus ; néanmoins, il ne joue pas un très grand rôle en pathologie infantile, et, s'il provoque quelquefois des troubles douloureux assez marqués, il n'est pas le facteur le plus important de la pathologie vermineuse.

Le ver qui ennuie le plus en pathologie infantile, c'est l'*oxyure vermiculaire*, petit ver blanc, dont le mâle mesure 2 à 5 millimètres et la femelle 9 à 10 millimètres .Ce pti t ver est extrêmement fréquent ; il existe pour ainsi dire à l'état endémique dans nombre de familles. Ces oxyures se rencontrent chez l'enfant parce qu'il a absorbé des légumes ou des fruits, ou des aliments quelconques, contaminés par des œufs d'oxyure, mais surtout ils viennent de l'auto-infestation répétée : le rôle des mains sales, du linge sale, est capital dans la production de l'oxyure. C'est parce que l'enfant a des ongles mal tenus, parce qu'il porte ses ongles à la région anale, puis, sans s'être lavé les mains, les porte à sa bouche, c'est parce qu'il ne lave pas ses mains avant le repas, qu'il s'infecte, et que le cycle de l'oxyure continue. C'est pourquoi c'est une maladie très fréquemment familiale ; quand, dans une famille un enfant a des oxyures, d'autres enfants en ont ; l'oxyure se voit même chez les nourrissons. Il existe surtout dans le gros intestin, dans la région du cæcum et de l'appendice et dans le rectum qui est son habitat principal. Ce qui fait la ténacité de l'oxyure, c'est qu'il s'implante dans la tunique de l'intestin, notamment de l'appendice, d'où il est extrêmement difficile de le déloger.

L'oxyure, par conséquent, est le parasite intestinal le plus fréquent, le plus tenace, le parasite familial, se développant par auto-infestation à répétition ; il existe dans tous les pays, sous toutes les latitudes.

Enfin il est un dernier parasite habituel, un ver beaucoup plus long que l'oxyure, assez petit néanmoins, qui existe en petit nombre, c'est le *trichocéphale*, qui occupe le cæcum et l'appendice. Lorsque l'on recherche les œufs de trichocéphale, qui sont assez caractéristiques, on peut, comme Railliet l'a constaté, dans 67 % des cas, retouver ces œufs dans les selles des enfants.

Le trichocéphale est donc un ver extrêmement fréquent, mais il ne paraît pas avoir une grosse influence pathogène.

La bilharziose intestinale ne se voit guère dans nos pays.

L'ankylostome duodénal, qui a été récemment étudié avec beaucoup de soin par la commission de l'Institut Rockfeller, en Amérique, ne joue pas de rôle dans la pathologie parisienne ou juxta-parisienne, et je ne vous en parlerai qu'accidentellement, si intéressantes que soient les études récemment poursuivies.

J'envisage uniquement les vers dont l'observation en France est quotidienne et que vous aurez à soigner.

Ces vers, quels *symptômes* provoquent-ils ? Je vous ai dit qu'il y avait eu autrefois un rôle considérable attribué aux vers et que même les auteurs qui cherchaient à faire la part du vrai et du faux leur rattachaient toute une série de symptômes. Je n'en veux pour preuve que ce vieil auteur du dix-huitième siècle, Lefebvre de Villebrune, qui décrit les symptômes de la manière suivante :

« Les signes des vers, dit-il, sont en général la couleur changeante du visage, qui est tantôt rouge, tantôt pâle, un demi-cercle livide sous les yeux, des démangeaisons au nez, de fréquents maux de tête aussitôt qu'on a un peu mangé. On a souvent la bouche pleine d'eau en s'éveillant le matin, la salive coule même sur l'oreiller, le sommeil est inquiet... on a soif le matin. Les bourdonnements d'oreilles, les défaillances, les vertiges, le dégoût du manger, quelquefois un grand appétit, une mauvaise haleine, l'exulcération des gencives, les vomissements, les serrements de poitrine, une douleur poignante vers le nombril, l'enflure subite et douloureuse du ventre, le rugissement des intestins, de grandes selles fétides, la maigreur, malgré le grand appétit, font de l'état des sujets la scène la plus affligeante. Joignez à cela ... un chatouillement si vif à l'anus qu'il cause parfois des défaillances, un air triste, sombre, indolent, de l'inaptitude à tout, des soucis ; on veut, on ne veut pas, on se fâche de rien, on parle avec peine, sans ordre, souvent on ne dit mot. Plusieurs de ces sujets deviennent furieux, d'autres pointilleux. Quelques-uns sont prls de convulsions sans s'en apercevoir... D'autres boivent souvent. Quelques-uns ont une toux sèche qui approche de la coqueluche. Ils ont des palpitations de cœur. M. Monro dit que le signe le plus évident des vers est la grande dilatation de la prunelle. Un signe des plus sûrs est le bien-être que sent un malade après avoir bu un verre d'eau froide. Mais le signe le moins équivoque c'est lorsque le malade rend des vers ou des parties de vers ».

Il est inutile de prolonger cette citation qui montre à quelles élucubrations se livraient les vieux auteurs et comment leur observation, exacte sur quelques points, n'apportait aucune précision sur les symptômes provoqués par les vers. S'il n'y avait que cette symptomalogie, le scepticisme le plus complet devrait régner à l'égard de la pathologie vermineuse. Mais il y a des faits plus précis.

Lorsque le professeur Hutinel a écrit son Traité des maladies des enfants, il a repris et groupé avec M. Nobécourt les manifestations que peuvent provoquer les vers d'une manière assez simple.

Ils peuvent amener, d'une part des *troubles digestifs*, d'autre part, des *troubles généraux*, et enfin ils peuvent entraîner des accidents particuliers, liés à leurs *migrations anormales* : je vous montrerai tout à l'heure un de ces exemples.

Les vers ont une action irritative sur l'intestin. C'est ainsi que les tænias, et surtout les ascarides peuvent provoquer des douleurs, et qu'il est assez fréquent de voir un enfant se plaindre de coliques assez douloureuses, assez violentes, avant d'émettre des ascarides. D'autre part, il y a des enfants chez lesquels on constate de l'*appendicite*, qui peut être en partie liée à l'existence des oxyures ou des trichocéphales. A la suite de Metchnikoff, l'on a attribué un grand rôle à ces vers dans la production de l'appendicite et il a semblé que l'administration de vermifuges pouvait en pareil cas amener la guérison. Il est certain qu'il y a des enfants chez lesquels le traitement de l'oxyurose permet de calmer et de faire disparaître la douleur appendiculaire. Mais les symptômes douloureux paraissent alors dus aux vers, non à l'appendice. Railliet, sur 119 appendicites a rencontré 58 *fois* des *oxyures*, 1 fois seulement le trichocéphale, sans pouvoir établir une relation entre la présence des vers et l'état anatomique de l'appendice. Vraisemblablement les vers ne tiennent ici qu'une place accessoire.

Les ascarides et les tænias jouent quelquefois un rôle dans la production de l'*obstruction intestinale*. Fellmann et

© BIU Santé

Miyake, chez l'enfant, ont publié un certain nombre de cas où l'obstruction intestinale était provoquée par un tænia, et surtout par un amas d'ascarides.

Chez les enfants enfin, les oxyures, à la partie terminale de l'intestin, provoquent, — ceci est de connaissance courante — des *démangeaisons anales* souvent très marquées et certainement un état local de prurit, de chaleur, de malaise, lié à l'irritation locale.

Les vers intestinaux peuvent produire à la longue des *manifestations générales*. Un sujet contaminé par le bothriocéphale est très anémique. L'anémie bothriocéphalique a été étudiée par les médecins suisses, notamment par M. Audéoud.

Dans nos pays, le tænia produit une certaine anémie avec éosinophilie. L'enfant atteint de vers intestinaux présente des troubles nerveux. M. Mériel, M. Taillens ont étudié les pseudo-méningites ou les réactions méningées plus graves dues aux vers ; il y a même de véritables méningites vermineuses.

Quelquefois les vers intestinaux provoquent de la fièvre. On a vu des cas où, indirectement, par les troubles digestifs qu'ils provoquent, les vers entrainaient la production d'une véritable *lombricose à forme typhoïde*. Le professeur Chauffard en a rapporté chez l'adulte de très beaux exemples, et le professeur Weill en a observé chez l'enfant.

Dans certains cas, il y a un troisième ordre de symptômes dus à la *migration anormale* des vers. Les ascarides surtout peuvent migrer dans les voies biliaires, dans les voies pancréatiques, ils peuvent à distance provoquer des phlegmons stercoraux. Ils peuvent migrer d'une façon différente. Voici une pièce du musée du professeur Nobécourt, relative à un enfant qui était entré pour des symptômes pulmonaires très peu nets. On lui trouva un lombric dans la trachée et les bronches, et cette migration avait entraîné la mort. Ces faits sont exceptionnels.

Le *diagnostic* se fait moins par la symptomatologie que par le fait que l'enfant émet des vers ; il y a des oxyures que l'on voit sur les selles, les enfants émettent des fragments de tænia, ou rejettent un ascaride, etc.

En dehors de la recherche des anneaux de tænia et des oxyures, l'*examen des selles* est utile parce que l'on peut y reconnaitre la *présence des œufs* d'ascarides ou de trichocéphales. Il faut donc faire examiner les selles quand vous redoutez la présence persistante d'ascarides dans l'intestin.

Enfin, rappelez-vous l'utilité de l'*examen du sang*, de la numération leucocytaire et de la recherche de l'éosinophilie.

L'examen bien fait permet de préciser le *traitement*, auquel je voudrais consacrer surtout cette leçon.

Tout d'abord au point de vue de la *prophylaxie*, il faut éviter chez l'enfant l'ingestion de viande crue de bœuf, qui peut lui donner le tænia, et quand on est obligé de lui prescrire de la viande crue, lui prescrire exclusivement de la viande de mouton et de cheval.

De même rappelez-vous le danger de certains poissons pour le bothriocéphale, des légumes et des fruits crus pour le trichocéphale et l'ascaride, mais surtout la nécessité d'habituer les enfants à avoir des ongles courts, à se les nettoyer et se laver les mains avant les repas. Il n'y a pas de prophylaxie possible des oxyures sans ces soins élémentaires de propreté. Il faut avant tout empêcher les enfants de se gratter.

Le *traitement* varie avec le ver qui est en cause, il y a, presque pour chacun, un helminthique de choix.

Le *traitement du tænia* se présente rarement chez le jeune enfant, mais vous aurez à le faire chez le grand enfant et chez l'adulte.

Depuis l'époque ou Laboulbène fut médecin de l'hôpital Necker, cet hôpital a longtemps paru spécialisé dans le traitement du tænia. De fait Laboulbène avait étudié minutieusement la question et dans son service on employait une série de petits moyens pour bien administrer la fougère mâle et faire rendre le ver ; leur usage s'est perpétué à Necker, non sans raison, car l'évacuation du tænia est fonction d'un certain nombre de précautions indispensables, si l'on veut obtenir un résultat.

La fougère mâle est habituellement administrée sous forme de capsules de Créquy, contenant 0.05 centigr. de calomel pour 0.50 cent. d'extrait éthéré de fougère mâle. La dose est de 12 à 16 capsules, prises avec une gorgée d'eau de 5 en 5 minutes, chez l'adulte. On peut employer ces capsules chez les grands enfants, à la dosè de 0.50 centigr. par année d'âge, soit 10 à 12 capsules dans les cas ordinaires. Mais l'enfant peut ne pas avaler les capsules. Alors on donne la fougère sous forme liquide.

Extrait éthéré de fougère mâle	0,50 centigr. (par année d'âge).
Teinture de vanille	3 grammes
Sirop de térébenthine.....	ââ 25 grammes
Julep gommeux.....	

A prendre en une ou deux fois dans du lait.

Voici une autre formule, due à M. Comby :

Extrait éthéré de fougère mâle.....	2 à 5 gr.
Extrait de jus de réglisse	10 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —
Eau distillée de menthe.....	60 —

Agiter avant de s'en servir.

Vous devez administrer ces potions progressivement, comme les capsules.

Comment faut-il administrer la fougère mâle ? Le principe, c'est d'abord de laisser l'adolescent ou l'adulte 24 heures au lait, pour préparer l'intestin à recevoir la médication, puis le lendemain matin à jeun, de bonne heure, vous donnez les capsules de Créquy de 5 en 5 minutes ; vous consacrez par conséquent une heure à donner les douze capsules, une heure et quart à donner les seize capsules. Vous les faites avaler avec une gorgée d'eau chaque fois.

Après ces capsules, pendant une heure, vous donnez simplement de l'eau chloroformée, par exemple une potion ainsi composée :

Eau chloroformée	80 gr.
Sirop de sucre.....	40 gr.
Eau .....q. s. pour faire	200 cmc.

Vous avez commencé à 7 heures du matin, donné de 7 à 8 heures les capsules, de 8 à 9 heures l'eau chloroformée et à 9 heures du matin vous donnez un purgatif.On a dit que l'huile de ricin était dangereuse parce qu'elle mettait en liberté l'acide filicique et rendait toxique la fougère mâle. En réalité, il est prouvé que l'huile de ricin n'a pas ces inconvénients.

D'autres médecins donnent le calomel avec la poudre de scammonée et la lactose.

Calomel à la vapeur.....	0.25
Poudre de scammonée.....	0.15
Lactose	0.50
	(pour un paquet).

La scammonée peut être employée à la dose de 0.05 centigr.par année d'âge, mais l'huile de ricin est préférable.

Il est indispensable, au moment où l'enfant va aller à la selle, qu'il se mette sur un vase rempli d'eau chaude plongeant le siège dans le vase et y reste jusqu'à l'élimination complète du ver, afin d'éviter que le ver ne se casse avant l'expulsion complète.

© BIU Santé

Il arrive que les capsules de Créquy provoquent leur effet avant l'huile de ricin ; assez souvent, c'est dans la deuxième heure que la selle se produit, sans qu'il y ait besoin d'administrer l'huile de ricin ; c'est fâcheux, parce que généralement l'effet est moins complet.

Néanmoins, en vous servant de la fougère, de l'eau chloroformée et de l'huile de ricin, vous arriverez généralement à faire rendre le ver complet et vous aurez soin de le vérifier après l'expulsion, en cherchant la présence de la tête. Toutefois même si celle-ci fait défaut quand vous avez fait rendre un ver un peu long, le sujet est soulagé pendant quelques semaines.

Chez l'enfant il est difficile quelquefois d'administrer la fougère mâle et elle a quelques inconvénients. La citrouille alors rend service. Les graines de citrouille, ou les *semences de courges mondées*, sont données de la façon suivante :

On en prescrit une dose de 30 à 60 grammes, selon l'âge, qui est mêlée à du sucre, 20 gr., par exemple, avec un peu d'eau de fleurs d'oranger et délayée dans 120 gr. d'eau.

On donne trois jours de suite ces semences de courge. Il faut avoir soin de donner avant les semences une cuillerée à dessert de sirop d'éther. Une heure après, on administre une purgation légère d'huile de ricin. Vous recommencez le deuxième et troisième jour, selon l'état de fatigue de l'enfant. On obtient assez souvent l'émission du ver. Néanmoins c'est un procédé moins sûr que la fougère mâle.

On a conseillé l'*écorce de racine de grenadier*, 25 à 30 gr., après macération durant 12 heures. Mais l'écorce de racine de grenadier comme la pelletiérine, qui en est le principe actif, peuvent chez l'enfant être mal supportées et, généralement, mieux vaut s'en abstenir.

Enfin, le thymol peut être employé chez l'enfant à la dose de 0.50 centigr. à 2 gr., avec les précautions que j'indiquerai à propos du traitement du trichocéphale ; mais le thymol est beaucoup moins bon anthelminthique à l'égard du tænia que la fougère mâle.

Pour les oxyures, ils siègent en partie dans le rectum, si bien que l'on a toujours pensé que l'on pouvait faire une thérapeutique rectale. Les anciens médecins ont préconisé un traitement assez particulier. Les oxyures aiment en effet assez volontiers et se fixent sur les matières grasses, sucrées, les aliments hydrocarbonés ; et alors voici ce que dit un vieil auteur :

« On chasse les ascarides (c'est ainsi que l'on désignait autrefois les oxyures) en mangeant des carottes crues ou en prenant du vin de bouleau ou de hêtre, jusqu'à ce que le ventre devienne libre ; ou l'on insinue dans le rectum un morceau de lard non salé et lié à un fil ; quand il est resté quelques instants, on le tire et chaque fois ce morceau de lard en entraîne beaucoup, on renouvelle le lard chaque fois qu'on en met et l'on parvient à les avoir tous, si on ne se lasse pas de cette manœuvre. » Je passe sur les autres procédés recommandés comme l'immixtion de la fumée de tabac par l'anus, comme l'ingestion de savon par la bouche et tant d'autres bizarreries sans base sérieuse.

La thérapeutique classique des oxyures repose sur l'emploi de semen-contra et de la santonine.

La *santonine* est l'anthelminthique de choix dans ce cas. Elle doit être donnée à raison de 1 centigramme par année d'âge. Elle a certains inconvénients qu'il faut connaître : lorsqu'on en administre une dose trop élevée à un enfant, on peut voir se produire des accidents de xanthopsie, parfois des vomissements, des convulsions et même l'arrêt de la respiration. En général, il convient de procéder comme pour la fougère mâle. Il faut mettre le malade pendant 24 heures au lait, puis lui donner le matin à jeun des paquets de santonine et calomel à dose proportionnée à l'âge. On peut chez un enfant de 7 à 8 ans donner trois jours de suite 3 centigrammes de santonine et 5 à 10 centigrammes de calomel, selon la susceptibilité de l'enfant. On formule

Santonine	0,03 à 0,05 centigr.
Calomel à la vapeur.....	0,05 à 0,10 centigr. selon susceptibilité.
Sucre de lait	0,50 centigr.

Pour un paquet nº 3.

Un paquet, trois jours de suite le matin à jeun. Pendant ce traitement, mettre l'enfant au lait.

Vous vous arrêtez le second jour, si l'effet purgatif était très violent. Vous donnez un lavement évacuateur, si au bout de trois heures le calomel n'a pas fait d'effet, car il convient qu'il agisse dans la journée ; et rien n'est variable comme la réaction des enfants vis-à-vis du calomel.

Grâce à ce moyen, on évacue généralement une grande quantité d'oxyures, mais ceux-ci évacués, il convient d'entretenir la propreté du rectum et de continuer à le nettoyer des oxyures qui peuvent rester. A cet effet, vous emploierez, comme les vieux auteurs, des petits lavements additionnés de diverses substances. Ce sont des lavements d'eau sucrée, d'eau salée, ou encore des lavements avec un tiers de glycérine pour 2/3 d'eau, donnés à l'aide d'une poire en caoutchouc de 50 à 100 grammes.

Il est bon en outre d'employer des pommades vermifuges, notamment la pommade à l'onguent napolitain dédoublé (10 gr. d'onguent napolitain pour 20 gr. de vaseline), ou au calomel (5 gr. de calomel pour 100 gr. de vaseline).

Ces lavements ou ces pommades seront continués pendant un certain nombre de jours pour faire la toilette du rectum.

Par ces moyens, on obtient généralement d'assez bons résultats. Pour ma part, j'ai observé très souvent des enfants atteints d'oxyure, que j'ai pu débarrasser de cette façon, non pas toujours de façon définitive, mais tout au moins pour un certain nombre de mois. Puis, l'on recommence. Malheureusement intervient l'infestation familiale très souvent l'enfant est contaminé par ses frères, mère ou père et c'est à lutter contre l'infestation familiale qu'il faut s'appliquer. Il est à cet égard capital de surveiller les ongles, car c'est en grattant l'anus que les malades reçoivent des quantités d'œufs ; en rongeant leurs ongles, ils se réinfestent à nouveau. Les ongles doivent être coupés, aussi courts que possible, et il faut exiger un lavage soigneux des mains avant chaque repas.

On a cherché d'autres moyens. Ils sont de divers ordres. Récemment, M. Leven a proposé les lavements d'eau sulfureuse, avec de l'eau d'Enghien ou des Eaux-Bonnes, procédé simple qu'on peut toujours essayer.

M. Lœper a conseillé l'emploi du *carbonate de bismuth*, à la dose de 20 gr. chez l'adulte, 3 à 5 gr. chez l'enfant, pendant 8 ou 10 jours. Il a parfois donné des résultats intéressants.

Ces moyens peuvent servir à titre adjuvant, dans l'intervalle de cures de santonine, mais la santonine est souvent nécessaire et doit s'administrer comme je l'ai indiqué, d'une manière méthodique, et non sous la forme de tablettes de chocolat à la santonine, irrégulières dans leur action.

Peut-être y a-t-il d'autres agents à mettre en œuvre contre les oxyures, car ils sont extrêmement tenaces dans certains cas. Tout d'abord il y a une question de régime. Il semble que le régime alimentaire joue un rôle appréciable dans la persistance du parasite. Certains régimes fortement hydrocarbonés et sucrés paraissent faciliter la pullulation des oxyures. Mais il n'est pas commode de prescrire un régime restrictif à cet égard. Néanmoins, je vous cite-

© BIU Santé

rai l'exemple d'un sujet qui avait des oxyures qui le désolaient, car ils avaient résisté à la santonine, au thymol, et à bien d'autres remèdes pendant son adolescence. Plus tard il est parti à la guerre, il a été fait prisonnier. Il est resté quatre ans en Allemagne, où son régime était très mauvais, notamment très peu riche en matières sucrées. Il a été inanitié, s'est beaucoup amaigri, mais de ce fait ses oxyures ont disparu. Ils n'ont pas reparu depuis. Le régime alimentaire doit naturellement comporter l'abstention des crudités, telles que salades, radis, fraises, susceptibles d'amener la réinfestation.

Vous serez quelquefois autorisés à employer le thymol et l'huile de chenopodium.

Le *thymol* a été recommandé par Metchnikoff, par Guiart, etc., qui ont donné tous les détails de son emploi. C'est surtout contre les œufs de trichocéphale et le trichocéphale lui-même que le thymol a été conseillé.

Dans ce cas le sujet doit également être mis à la diète lactée pendant un jour, puis on lui administre le thymol. Le thymol est un puissant antiparasitaire, mais c'est un agent extrêmement toxique si le sujet ingère de l'alcool, de l'huile, de la glycérine, de l'éther ou toute autre substance capable de dissoudre le thymol.

Par conséquent, lorsque vous donnez le thymol, laissez le malade à l'eau pendant tout le temps que dure l'absorption. Sous aucun prétexte ne lui donnez de vin ou d'alcool, ni d'huile.

On peut donner le thymol soit délayé dans l'eau, en paquets, soit en cachets ou capsules, de 0.50 centigr. à 1 gr., pour l'adulte, la dose totale étant de 4 à 8 gr., et de 1 à 2 gr. pour l'enfant. J'ai personnellement souvent prescrit 2 gr. de thymol aux enfants. Cinq heures après la dernière dose, on donne un purgatif salin.

On peut réitérer l'administration du thymol deux ou trois jours de suite. Metchnikoff conseille de le donner en cachets de un gramme le matin à jeun à une heure d'intervalle trois jours de suite, un purgatif quelconque étant prescrit le quatrième. Il n'hésite pas à conseiller des doses relativement élevées (6, 8 et 9 grammes en tout) pourvu que le rein soit indemne.

Le thymol agit dans un certain nombre de cas contre le trichocéphale, néanmoins, son action est très irrégulière, et M. Railliet a pu constater qu'après l'administration expérimentale du thymol il y avait encore des trichocéphales vivants dans l'intestin et l'appendice.

Par suite, étant donné surtout qu'il est délicat à manier, le thymol doit constituer une thérapeutique exceptionnelle, chez l'enfant tout au moins.

Enfin, reste la question des ascarides.

Le traitement ordinaire, que l'on employait autrefois et que nous employons encore, est la santonine ou le semen-contra, comme pour les oxyures. Le mode d'administration est le même. Rappelez-vous d'abord un point de pratique : un enfant émet un ascaride ; tâchez de savoir s'il y en a d'autres. Pour cela, examinez les selles, cherchez les œufs. Dans les quatre cinquièmes des cas, je n'ai pas eu à administrer la santonine à un enfant ayant émis des ascarides, parce qu'il n'y en avait qu'un ou deux et qu'ils étaient éliminés. Mais, dans certains cas, l'enfant garde des ascarides, et il faut agir.

Or la santonine peut échouer ; mais il y a un autre agent qui, lui, paraît être spécifique de l'ascaride, c'est l'*huile de chenopodium*, tirée du *Chenopodium Anthelminticum* dont les sommités fleuries donnent une huile particulière. Elle a été employée depuis très longtemps, surtout étudiée très complètement par les Américains, et elle reprend actuellement une grande actualité, parce qu'elle a été considérée comme spécifique de l'ankylostomiase, au Brésil, aux Indes, aux Philippines. De même on a constaté que l'huile de chenopodium avait une très grande activité et pouvait être considérée comme la médication spécifique des ascarides, si bien qu'on lui a donné le nom d'*ascaridol*.

Cette huile est employée soit mélangée à une cuillerée à café de sucre pilé, soit plutôt sous forme de capsules. On donne 50 gouttes en 3 doses, prises de deux en deux heures, chez l'adulte, de 4 à 30 gouttes chez les enfants de 2 à 15 ans. A la suite, on donne un purgatif. Pratiquement on emploie la forme de capsules (notamment les capsules de Chénanthol, qui sont dosées à 0.50 centigr.). La dose varie suivant l'âge, elle est en moyenne de 3 capsules, soit : 1 gr. 50. Elles sont administrées de deux en deux heures ou d'heure en heure, et à la suite on administre un purgatif, du sulfate de magnésie de préférence à l'huile de ricin. Cette huile a peu d'inconvénients, entraîne parfois un peu de surdité, souvent de la constipation, rarement des vomissements ; elle est toutefois assez mal supportée parfois par les enfants, ce qui en limite l'application.

On a proposé un autre antiparasitaire, le *tétrachlorure de carbone*, bien toléré par l'intestin, utile dans l'ankylostomiase. D'après le rapport de la Commission américaine de l'Institut Rockfeller, 50.000 sujets ont été traités par ce moyen, sans accidents ; toutefois, sur les 8.000 derniers cas, il y eut 3 cas de mort chez l'enfant. Ce médicament s'administre en capsules de 3 cmc., à sept heures du matin ; ensuite, à 9 heures, on donne une purgation de sulfate de magnésie. Très efficace contre l'ankylostome, il serait beaucoup moins actif vis-à-vis des ascarides, son action serait nulle contre le ténia.

Je ne sais si nous sommes autorisés dès maintenant à nous servir couramment du tétrochlorure de carbone et du chenopodium. Néanmoins le fait que les Américains s'en servent heureusement peut donner de légitimes espérances dans leur emploi, mais cette thérapeutique est encore à l'étude ; elle est expérimentée en grand et avec succès contre l'ankylostome qui est une maladie redoutable mais qui, jusqu'ici, a épargné nos régions.

On découvrira sans doute encore d'autres authelmintiques. Je crois que l'on pourrait avoir recours, contre les oxyures, au stovarsol de Fourneau, qui a donné de si beaux résultats contre la dysenterie amibienne, contre la syphilis à titre de médication préventive. La stovarsol agit également contre les lamblias et contre une série de parasites intestinaux On pourrait l'essayer dans les ascaridoses tenaces. Bien d'autres médicaments chimiques pourraient de même être conseillés.

En tout cas, vous voyez que nous avons un certain nombre de médications contre les vers intestinaux, qu'il est possible de débarrasser un enfant du tænia par la fougère mâle, de l'oxyure par la santonine et quelquefois le thymol, du lombric par les mêmes moyens, que d'autres remèdes ont été récemment étudiés et que nous sommes actuellement relativement bien armés contre ces vers intestinaux. Il est à souhaiter toutefois que, contre les oxyures notamment, notre action thérapeutique soit plus rapide et plus radicale.

(*Leçon recueillie par le* Dr Laporte.)

© BIU Santé

Les éperons et niches de la petite courbure

Par

M. LOEPER et R. TURPIN.

Les images diverticulaires ne sont pas exclusives aux ulcères de la petite courbure, mais elles y sont particulièrement fréquentes. A vrai dire, ce ne sont pas toujours au sens strict du mot des niches ou des diverticules et elles ne répondent pas toujours à la description princeps de Haudoeck. Beaucoup sont de simples *éperons* que le bismuth ou le baryum dessinent au moment du remplissage de l'estomac et qui s'effacent rapidement quand s'abaisse le niveau du liquide opaque. On n'y voit pas de pédicule le baryum n'y séjourne pas au-delà de l'évacuation de l'estomac et la classique bulle d'air y fait défaut.

Ce sont des images coniques dont la base élargie fait corps avec l'estomac ; ce sont aussi des sortes de champignons dont le pied repose sur la petite courbure et dont le chapeau est plus ou moins arrondi ; ce sont encore des figures en doigt de gant dont l'insertion est à peine plus large que le fond.

Les niches comme les éperons ne sont pas visibles à tous les examens ; elles peuvent disparaître de temps à autre ; nous en avons donné la preuve à une séance antérieure de la Société de gastro-entérologie. Il ne faut pas conclure de la disparition de ces images à la guérison de la lésion ulcéreuse qui les provoque. Et cette disparition momentanée tient à un double processus : oblitération de l'orifice gastrique par un bouchon muqueux ou même par un caillot ; resserrement, froncement de la tunique musculaire qui efface le diverticule et réduit la formation ampullaire ou l'éperon.

On désigne toutes ces déformations habituellement sous le même nom de niches et on a tort. Tant au point de vue de leur origine, du mécanisme de leur formation, du pronostic et des indications opératoires, la distinction vaut d'être faite, entre les images en éperon, en ampoule, en doigt de gant et les images diverticulaires ou les niches proprement dites.

Les premières peuvent disparaître sans intervention, les secondes semblent ne pouvoir guérir que chirurgicalement ; celles-là se nivellent par la cicatrisation progressive de l'ulcération, celles-ci sont infiniment plus persistantes, voire irrémédiables.

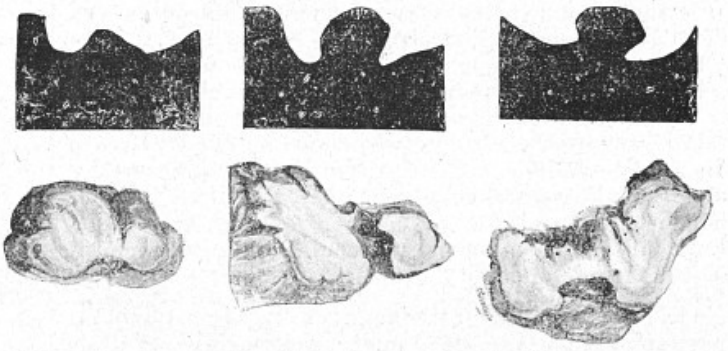
L'anatomie pathologique explique ces différences : la *niche* et *le diverticule* vrai sont en général isolés de l'estomac ou reliés à lui par un canal étroit, ils ont fait issue en dehors de l'organe, se sont plus ou moins développés sous le péritoine et résultent d'une *perforation bouchée*.

L'éperon et l'ampoule siègent dans les tuniques, ne s'en éloignent point, sont limités par un muscle plus ou moins sclérosé et résultent le plus souvent d'un *ulcère térébrant mais non perforé*.

Cette distinction schématique ne peut malheureusement être toujours faite à l'écran, car il suffit d'un froncement plus ou moins marqué de la partie la plus interne de la musculature pour étrangler l'ampoule ou l'éperon à sa base, donner illusion d'un diverticule authentique et imposer le diagnostic d'ulcus perforé bouché. Et cependant l'examen anatomique, et surtout microscopique, montrent dans le fond de l'ulcère un tissu fibro-musculaire non fissuré.

Des images radiologiques assez analogues peuvent donc traduire l'ulcus calleux simple aussi bien que l'ulcus perforé : les trois observations suivantes où nous avons superposé l'image radiologique à la lésion anatomique en constituent des preuves indiscutables.

La première concerne une malade de 58 ans, entrée le 5 novembre 1923 dans notre service à l'occasion de l'exacerbation de troubles gastriques dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un examen radioscopique et une radiographie pratiqués à cette date décelèrent deux faits : une hyperkinésie très marquée avec incisures profondes, se dessinant au niveau de la grande courbure seule ; une rigidité complète de la petite courbure avec *éperon* localisé au niveau du hile de l'estomac.



I. Ulcus simple assez creux avec son image radiologique. II. Ulcus perforé bouché avec son image radiologique. III. Ulcus simple très creusé, sans perforation et son image radiologique.

Trois semaines plus tard, ces signes se sont précisés ; l'éperon s'est accentué, et les troubles fonctionnels sont tels que la malade accepte l'intervention proposée. A l'opération, ulcère simple, intéressant muqueuse et sous-muqueuse et s'arrêtant à la partie profonde de la couche musculaire sans la perforer. Diagnostic clinique vérifié : éperon simple sans perforation.

La seconde observation se rapporte à un homme de 47 ans, hospitalisé lors d'une crise douloureuse très violente, avec sensation d'arrachement, de torsion, au niveau de l'épigastre. Ces manifestations s'accompagnaient d'une légère hyperesthésie cutanée, avec défense musculaire, localisée à l'hypocondre droit et point douloureux électif siégeant à droite et au dessus de l'ombilic. Un examen radioscopique, pratiqué le 26 décembre, décela la persistance, à jeun, d'une légère quantité de gélobarine ingérée la veille au soir. En outre, l'estomac peu mobile paraissait fixé par son hile, et la petite courbure, rigide, ne participait en aucune façon aux contractions actives et rythmiques des parois de l'organe.

Le surlendemain, une première radiographie précisa ces données. Le 5 décembre, devant la persistance des troubles fonctionnels une nouvelle radiographie est effectuée qui révèle la présence *d'une image diverticulaire* de la petite courbure étranglée à sa base. On fait le diagnostic d'ulcus perforé bouché que confirme l'intervention : la musculature totale de l'estomac est interrompue par un canal à parois indurées dont le fond est formé de façon très précaire par une petite bourse de tissu péritonéal. Aucune discordance entre la radiologie et l'anatomie : ulcère perforé bouché.

Le troisième malade, enfin, dont nous rapportons l'observation succincte, est un homme de 60 ans. Il souffrait

© BIU Santé

depuis cinq ans de douleurs épigastriques survenant par crises avec périodes de rémission de plusieurs mois, et séjourna deux fois dans notre service. Lors de sa première hospitalisation, le 19 juin 1923, nous avions noté certaines modifications radiologiques : hyperkinésie gastrique avec contractions précoces, incisures profondes, sensibilité diffuse de la région pylorique et point douloureux électif au niveau de la position horizontale de la petite courbure.

Amélioré par le traitement médical, ce malade nous quitte le 14 août ; nous l'admettons à nouveau le 4 octobre suivant. Les phénomènes douloureux, en effet, sont devenus brusquement plus intenses, intolérables même, avec sensation de griffe, d'arrachement ; les troubles de l'état général sont plus marqués.

L'examen radioscopique décèle *une image diverticulaire* ; celle-ci se dessine nettement sur une radiographie effectuée le 12 octobre. Notre malade est opéré le 25 du même mois.

Dans cette observation discordance absolue entre le diagnostic clinique et le diagnostic anatomique : *image* diverticulaire permettant d'escompter un ulcus perforé bouché ; examen anatomique montrant un *ulcère térébrant* dont le fond nettement musculaire ne dépasse point la couche profonde de l'estomac.

Les erreurs sont donc fréquentes ; la superposition n'est pas toujours parfaite de l'image radiologique et de la lésion anatomique et aucun schéma anatomo-radiologique ne saurait être établi.

Un ulcus perforé peut en effet fort bien évoluer vers la cicatrisation solide, vers la réfection progressive de la paroi gastrique et, comme nous le répétait encore récemment Béclère, donner une image en éperon après avoir pendant des mois donné une image diverticulaire.

L'examen anatomique, même fait à la loupe, montrera dans l'un et l'autre un tissu calleux, blanchâtre, occupant solidement le fond de l'ulcus plus ou moins froncé, adhérent et radié.

L'examen histologique seul permettra de différencier ces tissus de cicatrice d'une paroi gastrique intacte ou à peine sclérosée. Dans les premiers des fibres conjonctives, des éléments lymphoconjonctifs, dans la seconde des fibres musculaires, plus ou moins dissociées par la sclérose et la réaction inflammatoire, mais nettement reconnaissables.

En résumé, la distinction radiologique des éperons et des diverticules doit être conservée.

Le diverticule vrai réalise les trois conditions suivantes :

1) Collet effilé à la manière d'un pédicule ;
2) Persistance du baryum après abaissement du liquide opaque et même après évacuation de l'estomac ;
3) Présence d'une bulle d'air sur la tache noire du baryum ou à côté d'elle.

Si l'ulcus perforé ne réalise pas toujours ces trois conditions, il est *seul* à pouvoir les réaliser. Et ces trois conditions, l'ulcus non perforé ne les réalise jamais.

L'éperon représente des lésions térébrantes habituellement non perforées, exceptionnellement des ulcères bouchés donc le fond de cicatrice est très épais et scléreux.

Quant aux petites niches, aux diverticules à collet réduit, sans bulle, sans rétention, ils peuvent représenter soit des ulcus térébrants ou des ulcus perforés bouchés.

La distinction de ces deux processus ne peut être faite anatomiquement et seul l'examen histologique permet de reconnaître la paroi musculaire de l'estomac normal du tissu purement fibreux des cicatrices de perforation.

Bismuth et syphilis nerveuse

Par

MM. L. LORTAT-JACOB et LEGRAIN.

Parmi toutes les complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution de la syphilis, les altérations du système nerveux sont parmi les plus fréquentes et les plus rebelles. Aussi n'est-il pas étonnant que dès l'apparition du bismuth, ce sel ait été utilisé largement dans le traitement des localisations nerveuses du tréponème, qui nécessitent souvent, même avec le novarsénobenzol, des traitements continus et prolongés et contre lesquelles le mercure est fréquemment impuissant.

L'efficacité du bismuth dans le traitement de la neurosyphilis a été peut-être exagérée par les premiers auteurs, elle n'en reste pas moins indiscutable et l'apparition de ce nouveau médicament a marqué un incontestable progrès dans le traitement de la syphilis nerveuse.

L'action du bismuth dans le traitement des affections nerveuses dues au spirochète a été attribuée par les premiers auteurs au passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien. Ces faits paraissaient nettement établis d'après les analyses d'Aubry et de Démelin dans le service de L. Fournier, d'après celles de Marie et Fourcade qui décelèrent le passage rapide et en quantité appréciable de médicament dans le liquide céphalo-rachidien de leurs malades. Cette filtration de bismuth à travers les plexus choroïde paraissait d'autant plus intéressante que la présence de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien n'a été décelée que tout à fait exceptionnellement. Nous-mêmes, dernièrement, chez une de nos malades atteinte de paralysie d'origine arsenicale n'avons pu déceler aucune trace d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien, même par les méthodes les plus sensibles. C'est d'ailleurs dans le but d'obtenir une action plus énergique que dans certains cas de syphilis nerveuse on a pu préconiser les injections intra-rachidiennes soit de 606, soit de sérum salvarsanisé. Le passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien expliquait les bons résultats obtenus dans le traitement des syphilis nerveuses par ce métal et pouvait justifier, au moins en partie, les tentatives précédentes non exemptes de danger.

Or, Jeanselme, Delande et Terris (1), utilisant une méthode analytique différente ont entrepris la recherche systématique du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien de trente de leurs malades atteints de méningite aiguë ou chronique, de tabes, de paralysie générale, de syphilis secondaire avec réaction méningée et n'ont jamais observé de bismuth dans leur liquide céphalo-rachidien. Ces faits ont été confirmés par Sézary, Barbé et Pomaret (2). La pénétration du bismuth dans les espaces sous-arachnoïdiens reste donc discutée et des recherches ultérieures sont nécessaires pour établir ce point d'une façon absolument définitive. Quoi qu'il en soit l'efficacité du bismuth sur les altérations pathologiques du liquide céphalo-rachidien et sur les symptômes cliniques de la syphilis nerveuse est suffisamment nette pour justifier son emploi.

(1) *Presse médicale*, 1924, nº 23, p. 245.
(2) Soc. méd. hôp., 1924, séance du 28 mars, p. 443.

© BIU Santé

***

De toutes les altérations présentées par le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques (lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de Bordet-Wassermann, réaction du benjoin colloïdal), la lymphocytose est de beaucoup la réaction pathologique le plus rapidement et le plus nettement influencée.

Sur 31 observations de malades atteints de syphilis nerveuse et traités par le bismuth, notre élève Degisors a relevé dans sa thèse (1) une action immédiatement favorable sur la lymphocytose dans tous les cas traités sauf deux cas de paralysie générale. Ces malades au nombre de 29 étaient atteints de méningite secondaire (2 cas), de méningite chronique (9 cas), de tabes (8 cas), de paralysie générale (6 cas), de syphilis héréditaire (6 cas).

L'action du bismuth sur l'albumine du liquide céphalo-rachidien est aussi très favorable ; dans tous les cas où cette recherche a été faite, l'albumine a rapidement régressé, sauf dans 3 cas de paralysie générale.

L'action sur la réaction de Bordet-Wassermann est évidente, mais moins nette que sur la lymphocytose et l'hyperalbuminose. Il y a eu une réduction nette de la réaction de Wassermann dans près de la moitié des cas ; par contre, cette réaction fut irréductible dans tous les cas de paralysie générale, sauf un cas où il y eut une réduction partielle de la réaction.

Cette statistique montre bien l'action du bismuth sur les éléments pathologiques du liquide céphalo-rachidien, mais cette action doit être étudiée aussi au point de vue clinique et nous devrons l'examiner aux diverses périodes de la syphilis nerveuse.

***

L'action du bismuth sur la syphilis nerveuse doit être envisagée non seulement d'après les diverses localisations du tréponème (action sur la syphilis méningée, sur la syphilis cérébrale, sur la syphilis médullaire, radiculaire), mais surtout d'après le stade évolutif des lésions ; au cours des processus aigus en pleine évolution comme la méningite secondaire, l'activité thérapeutique des sels de bismuth sera tout à fait remarquable ; au contraire elle sera nulle ou fort médiocre dans les processus cicatriciels définitifs, comme les vieilles hémiplégies ou le tabes avec dégénérescence complète du faisceau postérieur. Mais, en dehors des processus aigus et cicatriciels, il existe une autre catégorie de lésions qui se montre, au point de vue thérapeutique, des plus importante : les lésions chroniques, à évolution lente et progressive, comme la *méningite* chronique ou les *artérites* cérébrales. Abandonnées à leur évolution naturelle ces lésions aboutissent soit à la mort, soit à des séquelles indélébiles : au contraire un traitement prolongé et continu permettra d'enrayer la marche des lésions, aussi, dans cette forme de syphilis nerveuse, le bismuth trouve son indication toute naturelle en s'associant aux autres médications.

Méningite aiguë. La méningite aiguë de la syphilis secondaire est généralement très heureusement influencée par le traitement bismuthé : la céphalée disparaît très rapidement ainsi que la lymphocytose céphalo-rachidienne comme l'ont montré les observations de Fournier et Guénot, de Mandel. Une observation d'Emery et Morin est tout à fait caractéristique de cette rapide action de bismuth, une de leurs malades après 12 injections de 20 centigr. d'hydroxyde de bismuth vit sa lymphocytose tomber de 120 éléments à 4 éléments par millimètre cube.

Méningite chronique. — Dans la méningite chronique, les résultats sont forcément moins brillants que dans la méningite secondaire aiguë. Les troubles fonctionnels sont habituellement assez rapidement modifiés, particulièrement la céphalée. L'action du bismuth sur le liquide céphalo-rachidien paraît beaucoup plus variable, tantôt rapide, tantôt au contraire nécessitant plusieurs séries pour arriver à une modification notable. D'ailleurs, dans cette forme de syphilis nerveuse, nous savons combien on doit être prudent avant d'affirmer une amélioration durable et les quelques observations suivantes montreront bien que, si l'on obtient parfois un succès immédiat et brillant, il est plus habituel de n'obtenir qu'une amélioration progressive et un arrêt dans l'évolution des lésions.

Voici quelques exemples de résultats particulièrement remarquables : un de nos malades, atteint de méningo-myélo-radiculite, avec douleurs radiculaires le long de la face interne du bras gauche et abolition du réflexe radio-périosté du même côté reçoit deux séries de 12 ampoules de protoxyde de bismuth (soit 4 gr. 80). Après avoir traité le malade par le novarsénobenzol et l'huile grise et avant le traitement bismuthé on trouve :

	Sang : B.W.	négatif.
P. L.	Albumine	0 gr. 40
	Lymphocytes	80
	B.W.	partiel. positif.

après avoir fait 4 gr. 80 de protoxyde de B. :

	Sang : B.W.	négatif.
P. L.	Albumine	0 gr. 30
	Lymphocytes	3,2
	B.W.	négatif.

Les douleurs ont disparu, le réflexe radio-périosté gauche est toujours aboli.

Un de nos malades atteint de Σ depuis 18 ans est venu trouver l'un de nous il y a 6 mois pour une céphalée rebelle. Avant tout traitement nous avons noté les altérations suivantes du liquide céphalo-rachidien :

Albumine	0 gr. 50
Lymphocytes	70 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	positive.

Après deux séries de *quinby*, les symptômes fonctionnels étaient très améliorés et une nouvelle ponction lombaire nous donnait les résultats suivants :

Albumine	0 gr. 40
Lymphocytes	4 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	positive.

Mais pour obtenir *des résultats aussi favorables*, il faut souvent un traitement beaucoup plus *énergique et plus prolongé*. Chez un de nos malades atteint de céphalée et de vertige, dont la syphilis date de 7 ans nous avons pratiqué avant le début du traitement une ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

Lymphocytes	80 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	fortement positive.

Ce malade fut soumis à un traitement arsenico-bismuthé de 18 mois comprenant 4 séries de novarsénobenzol (dix injections par série) et 3 séries de quinby de 20 injections, en alternant ces médications. L'amélioration des symptômes subjectifs fut très notable mais après la dernière série de quinby la ponction lombaire indiquait encore des réactions pathologiques :

Lymphocytes	7 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	fortement positive.

(1) Dr J. Degisors. — Thèse Paris 1924 ; Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse traitée par le bismuth.

© BIU Santé

L'observation suivante publiée par le Dr Brin (1) montre bien l'utilité d'*associer le bismuth à l'arsenic* dans le cas de syphilis nerveuses rebelles à l'arsenic et la nécessité de poursuivre longtemps le traitement bismuthé pour obtenir un résultat favorable :

Il s'agissait d'un malade, atteint de méningite chronique et subissant depuis 2 ans un traitement arsenical.

La première ponction lombaire fournit les renseignements suivants :

Lymphocytes	81 éléments par mm³
Albumine	0 gr. 45
Réaction de Wassermann	fortement positive.

La dernière ponction lombaire à la fin du traitement arsenical montre une réaction pathologique à peu près semblable :

Lymphocytes	87 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	faiblement positive.

Le malade fut alors soumis à un traitement arsenical et bismuthé en alternant ces médications (trois séries de bismuth et trois séries arsenicales). L'association du bismuth à l'arsenic eut un résultat des plus heureux particulièrement au point de vue lymphocytose, ainsi qu'en témoigne la dernière ponction lombaire pratiquée :

Lymphocytes	22 éléments par mm³
Réaction de Wassermann	très faiblem.positive.

Tabes. — Dans le tabes l'action sur le liquide céphalo-rachidien est nette, mais assez variable : au contraire l'action du bismuth sur les symptômes fonctionnels est souvent très heureuse. Les douleurs fulgurantes du tabes sont habituellement influencées d'une façon favorable, ainsi que les crises gastriques. Elles paraissent surtout sensibles aux iodo-bismuthates de quinine, ce qui ferait supposer que la molécule de quinine a une action sédative manifeste et une action analgésique.

Les maux perforants plantaires sont traités avec avantage par le bismuth. Dans un mal perforant plantaire qui avait été traité déjà par 3 grammes de novarsénobenzol et 6 injections intra-musculaires d'huile grise sans aucune modification du mal perforant, nous avons vu l'étendue de l'ulcère diminuer de moitié, à la suite de 12 injections de protoxyde de bismuth.

On a observé aussi des modifications heureuses dans l'incontinence d'urine surtout lorsque celle-ci est peu marquée et intermittente.

Paralysie générale. — L'action du bismuth sur la paralysie générale est tout à fait illusoire pour nombre d'auteurs. Pour Levaditi, à l'heure actuelle, avec le bismuth, comme avec l'arsenic, on n'enregistre que des insuccès, voire même des déboires, sans compter les fausses rémissions toujours possibles et trompeuses, quelle que soit la médication employée.

Certains auteurs ont cependant signalé des périodes d'amélioration marquée, plus ou moins longues.

De ces quelques observations de syphilis nerveuse traitée par le bismuth, nous pouvons conclure que le bismuth est actif, à part la paralysie générale, dans tous les cas de neuro-syphilis. Mais son action, au moins dans les cas de méningite chronique et à part les accidents nerveux de la période secondaire, est habituellement lente et nécessite un traitement prolongé pour amener une guérison définitive. Aussi à moins d'une intolérance absolue pour les arsenicaux, nous croyons actuellement utile d'associer les arsenicaux au bismuth dans tous les cas de neuro-syphilis. Nous avons dans le bismuth une arme nouvelle de premier ordre, mais dans tous ces cas de syphilis nerveuse où il s'agit d'un traitement de longue haleine il est logique d'utiliser toutes les ressources de la thérapeutique antisyphilitique — bismuth, mercure, arsenic. D'ailleurs l'expérience montrera, à propos de chaque cas en particulier, dans quel sens la thérapeutique devra s'orienter pour le plus grand bien des malades.

(1) L. Brin et L. Legrain. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis, Doin, 1924.

L'atonie gastrique

Par

MM. Félix RAMOND et Ch. JACQUELIN.

S'il est un état fréquent, et dont les conséquences cliniques sont véritablement importantes, c'est bien l'atonie gastrique. Et cependant les traités classiques ne lui consacrent pour la plupart que quelques lignes indifférentes. Ce fut le sort du spasme pylorique, il y a quelques années ; aujourd'hui il n'est pas de médecin qui ne lui attribue le rôle qu'il mérite ; celui de l'atonie ne lui cède pas en importance ; et nous serions largement récompensés, si nous pouvions le démontrer avec suffisamment d'évidence.

L'atonie peut être segmentaire ou totale, c'est-à-dire porter sur une portion ou sur la totalité de l'organe. Segmentaire, elle se localise à la grosse tubérosité, au corps, à la petite tubérosité ou bas-fond ; totale, elle affecte l'estomac tout entier.

L'atonie de la grosse tubérosité est la conséquence de l'aérophagie, surtout de l'aérophagie bloquée ; son étude ne saurait donc nous intéresser ici. L'atonie isolée du corps est assez rare, et elle ne gêne pas le cours de la digestion ; nous pouvons donc la négliger pour le moment. Tout autres sont l'atonie du bas-fond et celle de l'ensemble de l'estomac leur importance est capitale ; car elles aboutissent toutes deux à un vidage défectueux de l'estomac, avec toutes ses suites fâcheuses. Leur symptomatologie étant d'ailleurs à peu près identique, notre description s'appliquera uniformément à ces deux variétés.

L'atonie, dans le temps, peut être précoce, terminale, continue. L'atonie précoce n'a d'autre importance que d'annoncer l'atonie terminale ou continue, qui seules, sont utiles à connaître.

Mais une question préjudicielle se pose. Le pylore suit-il l'estomac, dans son évolution morbide, ou, en termes plus précis, l'atonie pylorique accompagne-t-elle celle de l'estomac ? La réponse est assez complexe. Tantôt en effet le pylore garde son indépendance, et continue de fonctionner normalement ; tantôt il subit le même relâchement, ou bien, au contraire, il se spasmodie. L'atonie pylorique compense l'atonie gastrique, en favorisant l'évacuation ; le spasme pylorique, beaucoup plus fréquent, complique l'atonie, en rendant plus difficultueuse cette même évacuation.

Cette opposition pathologique du pylore et de l'estomac n'a d'ailleurs rien de surprenant, par suite de l'innervation

© BIU Santé

toute différente des deux régions. Le premier reçoit son influx du système sympathique, et le second du système parasympathique. Or les deux systèmes sont absolument indépendants l'un de l'autre, et leur action est même plus ou moins antagoniste.

Etiologie. — Les causes de l'atonie sont nombreuses ; elles sont d'ordre inflammatoire, toxique, nerveux, mécanique, sans compter cette atonie, que l'on pourrait qualifier de congénitale, parce qu'elle paraît être due à une faiblesse constitutionnelle de la fibre musculaire lisse, telle que l'ont conçue Bouchard et Tuffier.

L'atonie d'ordre inflammatoire est fréquente. On connaît le principe de Stokes, qui conditionne l'activité de la musculature lisse à l'état de la muqueuse sus-jacente. La gastrite étant un processus banal, l'atonie musculaire en est la conséquence habituelle. Mais l'inflammation peut se préciser davantage, par lésions objectives des diverses couches musculaires, au cours des gastrites chroniques, de l'ulcère, du cancer, surtout, qui infiltre rapidement les parois sur une large surface, des périgastrites diverses, et de certaines péritonites chroniques, avec périgastrite, comme la péritonite tuberculeuse. Nous venons d'observer un cas d'atonie complète, ayant même simulé une sténose serrée du pylore, tellement la dilatation gastrique était considérable, au cours d'une carcinose péritonéale généralisée.

L'atonie toxique est plus rare et plus discrète ; la seule vraiment importante dans la pratique est celle qui succède à la constipation chronique. L'intoxication d'origine rénale est à signaler également ; mais elle s'accompagne surtout de spasme du pylore, principal facteur de l'atonie, dans ce cas particulier. Parmi les intoxications exogènes, signalons surtout l'intoxication morphinique ou cocaïnique.

L'atonie nerveuse peut dériver d'un déséquilibre nerveux général, qui suit le surmenage intellectuel, les chagrins et les soucis, la neurasthénie, l'hypocondrie et la mélancolie ; ou bien elle est due à une lésion objective du pneumogastrique sur tout son trajet, mais principalement sur son trajet gastrique ; c'est ainsi que certains ulcères ou cancers du bord droit peuvent englober le pneumogastrique, qui suit de près la petite courbure, et provoquer ainsi une parésie nerveuse de la musculature gastrique. Il est probable que les périgastrites si fréquentes dans cette région ont la même conséquence. Mais une cause peu connue, et du même ordre, nous a été fournie récemment par une malade de notre consultation hospitalière. Souffrant beaucoup depuis de longues années, sans soulagement marqué par le régime ou les alcalins, avec un estomac moyen et un pylore normal, elle rentre à l'hôpital St-Michel, dans le service du docteur Pauchet, où elle subit l'énervation gastrique complète par le professeur Latarjet lui-même, de passage à Paris. Les suites parurent favorables, et nous ne vîmes pas la malade de six mois ; mais il y a quelques semaines, elle revint à la consultation, se plaignant de lenteur extrême de la digestion, et de quelques brûlures tardives. Examinée sous l'écran, elle nous apparut avec un estomac très dilaté, sans contractions péristaltiques, avec pylore normal. Il ne fait pas de doute pour nous, que dans ce cas particulier, l'énervation pneumogastrique a été la cause de l'atonie observée. Nous nous garderons cependant de généraliser, car nous avons eu l'occasion de voir un autre malade, ayant subi la même intervention, à Lyon, et dont l'estomac n'était pas atone.

L'atonie d'ordre mécanique nous a paru la plus importante. Le spasme prolongé du pylore, la sténose serrée, toujours plus ou moins compliquée de spasme, exigent du muscle gastrique un travail continu, qui, après une période de réaction hypertrophique, aboutit à la dilatation atonique ; c'est en somme le même processus que celui de la dilatation de l'oreillette gauche, au cours de rétrécissement mitral, de la dilatation de la vessie, à la suite d'une hypertrophie de la prostate. C'est par le spasme pylorique réflexe que la lithiase biliaire, l'appendicite chronique, les inflammations annexielles, aboutissent tôt ou tard à l'atonie gastrique.

Le surmenage physique intensif et prolongé provoque à la longue la défaillance musculaire gastrique ; c'est ainsi qu'au cours de la guerre beaucoup de combattants arrivaient à notre ambulance spécialisée avec des troubles gastriques atoniques ; mais ces troubles disparaissaient le plus souvent assez vite par le repos et le régime. Par contre l'exercice physique rationnel et mesuré régularise la digestion. Nous avons tous observé de ces dyspeptiques sédentaires, nerveux et surmenés, dont les fonctions gastriques étaient ralenties, et qui revenaient rapidement à la santé, dès qu'ils menaient au grand air une vie hygiénique convenable.

Le surmenage digestif des grands mangeurs et des grands buveurs, surtout des grands buveurs de boissons alcoolisées, aboutit avec le temps à l'atonie gastrique. Inversement l'inanition peut quelquefois être mise en cause, quoique le plus souvent elle provoque la microgastrie. Il est possible que l'absence d'excitations digestives soit la cause réelle de cette atonie exceptionnelle, par suite de la suppression des vitamines. Lumière a démontré, en effet, que si l'on privait le pigeon de toute vitamine, on provoquait à coup sûr une atonie de tout le tube digestif.

La ptose gastrique ne doit pas être confondue avec l'atonie. Les deux processus sont en effet très souvent dissociés, le ptosique pouvant vider son estomac dans les délais normaux ; pour que l'atonie complique la ptose, il faut, à notre avis, que le vidage pylorique se fasse mal, soit par dislocation, soit plutôt par spasme du sphincter. Cependant l'atonie segmentaire du corps accompagne fréquemment la ptose ; mais nous avons déjà vu qu'elle n'avait pas de conséquences cliniques fâcheuses, du moment que le bas-fond fonctionnait normalement.

Notre description clinique ne s'adressera qu'à l'atonie du bas-fond, la seule importante : et, afin d'aller du simple au composé, nous étudierons successivement l'atonie pure et l'atonie compliquée de spasme du pylore.

1º *Atonie pure.* — Modérée, elle peut être latente, au point de vue fonctionnel, et ne se révéler qu'au cours d'un examen radiologique. Plus accusée, elle attire l'attention du clinicien par des symptômes physiques et fonctionnels évidents.

A un premier examen, le malade présente souvent une paroi abdominale relâchée, un angle de Charpy aigu ; parfois l'existence de varices, de varicocèle, d'hypotension artérielle, de constipation, met sur la voie de l'atonie. Mais le symptôme physique le plus important est l'existence du clapotage ou de la succussion gastrique, que l'on doit d'ailleurs toujours systématiquement rechercher chez n'importe quel dyspeptique. Si le clapotage est léger, il est bon de mettre le malade incliné, suivant le conseil de Pron, afin que les liquides se collectent dans la partie basse de l'estomac ; la paroi abdominale étant relâchée au maximum, le médecin, par une secousse brusque et profonde de la région épigastrique, entend le bruit caractéristique du clapotage. A jeun, le clapotage est pathognomonique ; car un estomac tonique normalement doit se vider pendant la nuit. Après repas, le clapotage n'a de la valeur que s'il est perçu 5 à 6 heures après la fin du repas, et son observation prouve que l'*hypersécrétion accompagne l'atonie* ; nous verrons combien fréquemment sont associés ces deux états pathologiques.

© BIU Santé

La mesure de la tonicité rendue très facile par le gastro-tonomètre de Gaultier, montre que si la cavité gastrique se laisse normalement distendre jusqu'à 1.500 cc. ce chiffre est facilement dépassé au cours de l'atonie.

Les signes fonctionnels sont peut-être ici moins frappants ; ils sont néanmoins caractéristiques pour qui sait les rechercher et les interpréter. La pesanteur immédiate du repas est chose assez banale, il n'en est pas de même de la pesanteur tardive qui apparaît 2 à 3 heures après la fin du manger ; cette pesanteur est parfois légèrement douloureuse allant jusqu'au tiraillement ; elle n'aboutit jamais à la crampe, à la torsion, si fréquentes dans le syndrome pylorique. C'est que le muscle, atone par définition, ne peut pas se contracter profondément, à cette période du « renforcement systolique » de la digestion ; il esquisse à peine une ondulation superficielle d'où l'absence de crampes, et l'existence de cette sensation importante de pesanteur tardive.

Mais s'il n'y a pas de crampes douloureuses, il peut y avoir des brûlures tardives, par suite de l'hypersécrétion et de la rétention acide à peu près constantes au cours de l'atonie. Au contact prolongé du liquide peptique, la muqueuse s'irrite et acquiert la sensibilité voulue pour réagir d'une façon douloureuse. Cependant la brûlure ne s'accompagne pas ordinairement de pyrosis, puisque l'estomac atone n'est point capable des mouvements antipéristaltiques nécessaires à la régurgitation acide. C'est pour la même raison que les vomissements sont exceptionnels.

Par contre les régurgitations gazeuses sont encore possibles, l'air emprisonné et sous pression étant susceptible par sa force d'expansion de franchir le cardia, et de remonter le long de l'œsophage. Mais ces régurgitations rappellent le goût des aliments du repas précédent ; elles deviennent ainsi un nouveau symptôme de l'atonie. Exceptionnellement, lorsque la stase est très accentuée, les gaz peuvent avoir l'odeur des œufs pourris. Cette régurgitation est surtout le propre de sténoses pyloriques serrées.

Cependant, si l'obstacle du cardia est suffisant, l'air ingéré peut bien arriver à l'estomac, poussé par l'œsophage encore tonique, et provoquer une forte aérogastrie.

Les autres signes fonctionnels de l'atonie sont plus vagues : impression très banale de lenteur de digestion, phénomène qui s'observe dans beaucoup d'autres circonstances, fatigue générale, léger état vertigineux, tendance à la céphalée. La constipation est fréquente, mais non constante.

Le tubage matinal, à jeun, fait dans de bonnes conditions, ramène du liquide résiduel, acide ou non, avec souvent des débris alimentaires très ténus ; la rétention de débris plus volumineux indique une sténose.

Après repas d'épreuve, le tube ramène plus des 120 cc. habituels, preuve nouvelle de la rétention avec ou sans hypersécrétion. L'hyperchlorhydrie est assez fréquente ; avec le temps elle fait place à l'hypochlorhydrie progressive. Il n'y a donc pas parallélisme pathologique entre les fonctions motrices et les fonctions sécrétoires de l'estomac.

L'examen radiologique est nécessaire, il ne tranche pas toujours la difficulté d'emblée ; et il est souvent nécessaire de faire plusieurs radioscopies à quelques jours d'intervalle. Un examen unique peut en effet indiquer une atonie du moment, sans importance morbide.

En position debout et à jeun, on aperçoit souvent un mince résidu linéaire du bismuth, pris six heures auparavant ; rappelons encore que cette image, pour avoir quelque valeur a besoin d'être contrôlée en série.

L'image linéaire est surmontée d'une colonne de liquide résiduel et de sécrétion. Il arrive parfois d'observer, s'il y a spasme du pylore, une petite tache bismuthée à l'origine du bulbe duodénal, preuve de l'existence d'une atonie

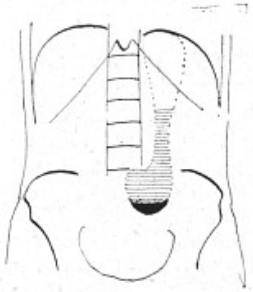


Fig. 1. — *Image linéaire à jeun avec liquide résiduel*

gastro-duodénale. L'atonie œsophagienne n'accompagne celle de l'estomac que très exceptionnellement.

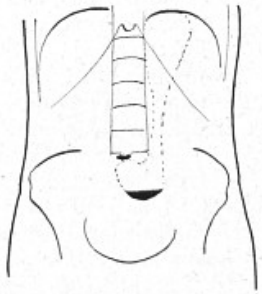


Fig. 2. — *Atonie gastro-duodénale.*

L'atonie, ralentissant le passage gastrique des aliments, s'accompagne souvent d'un retard dans la traversée intestinale : grisailles dans la masse du grêle ; accumulation bismuthée à la partie terminale de l'iléon, que l'on confond trop souvent avec l'image de l'anse iléale de Lane ; cæcum à peine injecté (Barret).

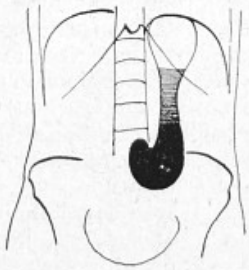


Fig. 3.

Après repas opaque, la bouillie tombe directement dans le bas-fond, sans marquer le temps d'arrêt physiologique du

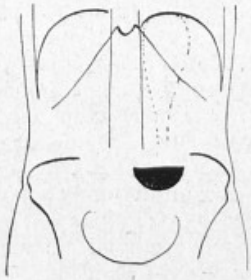


Fig. 4. — *Atonie gastrique prononcée avec bas-fond en cuvette.*

© BIU Santé

corps de l'estomac, bien étudié par Cerné ; puis elle vient se collecter dans la petite tubérosité ; au-dessus se remarque le liquide résiduel, animé quelquefois de grandes oscillations verticales sous l'influence des mouvements respiratoires (1). Le bas-fond est d'autant plus dilaté que l'atonie est plus accentuée ; tantôt il est simplement agrandi, tantôt il prend la forme d'une cuvette plus ou moins large et profonde. Cependant cette cuvette n'atteint pas les fortes dimensions de celle de la sténose serrée du pylore.

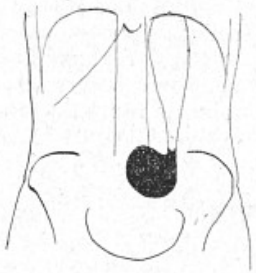


Fig. 5. — *Atonie avec aérogastrie piriforme.*

Il n'est pas rare, surtout chez la femme, de noter une aérogastrie en forme de poire renversée, dont la pointe descend jusqu'au bas-fond (2). Cette aérogastrie piriforme peut d'ailleurs s'observer en dehors de l'atonie du bas-fond ; elle traduit plutôt l'atonie du corps.

Les mouvements péristaltiques sont superficiels, lents, à peine visibles sur la grande courbure, invisibles sur la petite ;

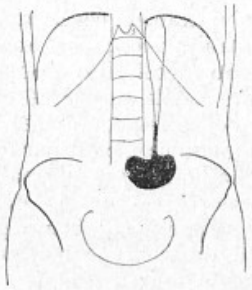


Fig. 6. — *Implantation anormale du corps gastrique.*

beaucoup n'atteignent pas le pylore, ou, s'ils l'atteignent, ils ne provoquent qu'une expulsion insignifiante ; puis ces mouvements disparaissent à leur tour, le bas-fond reste immobile un temps prolongé ; l'estomac s'endort provisoirement sur son travail.

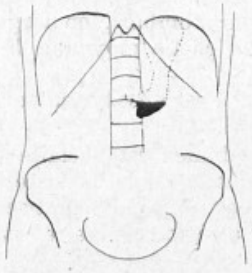


Fig. 7. — *Atonie néoplasique.*

(1) Ces oscillations ne sont possibles qu'avec un diaphragme vigoureux ; ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, l'atonie diaphragmatique accompagnant souvent l'atonie gastrique.

(2) Cf. Félix Ramond et Ch. Jacquelin. — Manuel de gastroscopie clinique, Paris, 1924.

Il arrive parfois, en particulier chez la femme, que le corps aminci s'implante sur le milieu de la cuvette ; cette image n'est cependant pas toujours caractéristique de l'atonie.

La ptose coïncide habituellement avec l'atonie ; mais nous avons dit que les deux processus pouvaient exister l'un sans l'autre.

Si l'estomac atone, avec son résidu linéaire, est petit et remonté, il faut penser à un néoplasme d'abord, puis à une périgastrite, à la rétraction de l'épiploon gastro-hépatique.

Pour être complet, l'examen doit être répété 3 heures puis 6 heures après la prise de la bouillie opaque, sans préjudice des examens en série pratiqués à plusieurs jours d'intervalle.

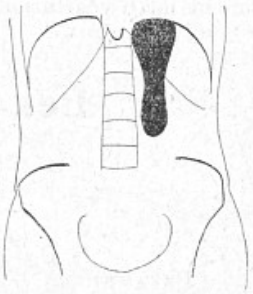


Fig. 8. — *Estomac atone en position couchée dorsale.*

En position couchée dorsale ou ventrale, l'estomac n'a pas la forme globuleuse habituelle, mais bien une forme allongée, cylindrique ou légèrement étranglée en son milieu. Si le malade se met sur le côté droit, la bouillie passe rapidement dans le duodénum (Carnot).

2º *Atonie compliquée de spasme.* — Nous avons supposé jusqu'ici qu'il y avait atonie pure, sans spasme pylorique. Si celui-ci existe, le bas-fond est plus agrandi, et le canal pylorique participe à la dilatation régionale, ce qui n'est pas toujours le cas dans l'atonie pure, où seul le bas-fond fait les frais de l'ectasie. L'expression pylorique n'amène pas d'expulsion, et dans la position sur le côté droit, on n'observe pas le passage duodénal précédent.

Le traitement de l'atonie pure est long, souvent difficultueux ; il ne faut cependant pas se décourager. La vie au grand air, sur le bord de la mer de préférence, avec léger exercice après le repas, est favorable ; mais dans les grandes atonies, il vaut mieux prescrire le repos immédiat. Le port d'une sangle est toujours utile. Ne pas faire des repas copieux, mais plutôt trois petits repas égaux, suffisamment espacés ; dans les cas extrêmes deux seuls repas, le premier à 8 heures, le second à 20 heures. Boire très peu en mangeant surtout des tisanes aromatiques chaudes. Quelques malades préfèrent les boissons froides ; car il n'y a pas de règle absolue en diététique gastrique.

Il ne faut pas proscrire *a priori* les aliments excito-moteurs par excellence, comme le bouillon, les viandes rôties ou grillées, prises néanmoins en petite quantité ; les légumes seront préparés en purée passée. Les fruits crus, même très mûrs, sont habituellement lourds ; cependant ils renferment de grandes quantités de vitamines, dont l'action excito-motrice est incontestable. Dans ces conditions, on peut ordonner du jus de fruits crus, à petites doses : une cuillerée à soupe après chaque repas. Le vin fortement étendu, le café surtout, sont parfois utiles ; le tabac ne doit pas être systématiquement interdit.

Les carbonates alcalins rendent de grands services ; ils saturent les acides résiduels ; et l'acide carbonique dégagé, mettant en tension l'estomac, favorise sa contraction, si

© BIU Santé

l'atonie n'est pas extrême. On a conseillé l'ipéca, cette digitale de l'estomac, suivant l'expression de Huchard, la strychnine, l'adrénaline et la poudre surrénale ; leur action ne nous a pas paru très évidente. Nous préférons prescrire 2 à 3 heures après le repas une infusion fortement aromatisée de badiane ou de menthe.

Les agents physiques ont une action favorable : électricité, massage, hydrothérapie, et surtout l'auto-lavage de Bourget, le lavage avec la sonde gastrique, et enfin les injections gazeuses intra-gastriques (Bourget, Carnot et Mauban,) rendues si faciles grâce au gastrotonomètre de Gaultier.

La coexistence du spasme pylorique rend la thérapeutique plus délicate ; le repos après le repas s'impose ; le régime doit être exclusivement lacto-végétarien ; les alcalins, les boissons aromatiques sont toujours utiles ; mais il faut éviter de donner la strychnine, et notamment l'adrénaline et la poudre surrénale, qui accentuent le spasme et favorisent l'atonie.

Cette étude de l'atonie, quoique rapide, nous a montré sa grande fréquence. Elle nous a fait ressortir un fait gros de conséquences : la constance du liquide résiduel, avec son corollaire habituel, l'irritation de la muqueuse, c'est-à-dire la gastrite chronique. Or celle-ci, avec ses lésions métaplasiques (Hayem, Félix Ramond), favorise la production des deux grandes et redoutables affections gastriques, l'ulcère et le cancer, ainsi que nous avons essayé de le démontrer dans plusieurs de nos travaux. L'atonie mérite donc plus que la simple mention des livres classiques et son traitement doit être l'objet de toute notre attention.

Les abcès sous-phréniques (1)

Par

M. Louis RAMOND,

Médecin de l'Hopital Laennec.

Préambule.

Les abcès sous-phréniques sont des collections purulentes circonscrites développées dans l'abdomen au voisinage immédiat du diaphragme. Par suite de leur situation haute, aux confins inférieurs de la cage thoracique, sous les fausses côtes, ils présentent des signes obscurs et trompeurs : obscurs, car leur profondeur les rend peu accessibles à nos moyens habituels d'exploration clinique ; trompeurs, car ils simulent une affection thoracique. Leur diagnostic est donc très souvent fort difficile. Il a pourtant une importance capitale, car il commande le seul traitement capable d'enrayer la marche habituellement fatale de ces abcès : l'intervention chirurgicale précoce. Quand je vous aurai dit encore que ces abcès sous-phréniques sont loin d'être rares, bien qu'ils le paraissent parce qu'ils sont trop souvent méconnus, vous m'approuverez, j'en suis sûr, de reprendre devant vous leur étude à propos du cas clinique suivant.

Observation clinique d'un abcès sous-phrénique

Le 6 juin 1923 entrait dans mon service de la Maison Dubois un homme de 42 ans, robuste et habituellement bien portant, en proie depuis trois semaines environ à de vives douleurs dans l'hypochondre droit, accompagnées d'une fièvre continue de 38º5 à 39º.

Il était tombé malade brusquement le 18 mai. Ce jour-là, vers midi, alors qu'il se disposait à aller déjeuner, il avait ressenti tout d'un coup une très violente douleur sous les fausses côtes droites. Courbé en deux par la souffrance, il avait eu beaucoup de peine à rentrer chez lui. La douleur était continue, gravative, sans paroxysmes. Elle s'accompagnait d'une hyperesthésie très vive de toute la région de l'hypochondre droit, comme avait pu s'en assurer un médecin appelé d'urgence. Il n'y avait ni coliques, ni nausées, ni vomissements. Une piqûre de morphine avait amené un soulagement passager.

Cependant, pendant 4 à 5 jours cet homme avait dû garder le lit, sans qu'aucun phénomène nouveau, autre que les douleurs spontanées, assez vives de l'hypochondre droit et la sensibilité extrême de cette région à la palpation, ne se fût produit. Le sixième jour il s'était levé pour se mettre dans un fauteuil. Mais cette accalmie avait été de très courte durée.

Le 29 mai, les douleurs reprenaient de plus belle et de nouveau le malade était obligé de se coucher. Cette fois la température était prise ; la fièvre était constatée. En outre, il existait une tuméfaction nette, submate, sous le foie, et le transport à la Maison Dubois était décidé.

Au moment de mon examen, cet homme a le teint plombé, les yeux cernés, les traits tirés ; il est amaigri et prostré ; on le sent profondément infecté. Il n'a pourtant pas de subictère. Sa température oscille autour de 39º.

L'atteinte du tube digestif ou de ses annexes étant rendue probable par l'anamnèse, c'est par lui que je commence mes explorations. La langue est sale, saburrale. Il y a de la constipation. Le ventre est normal dans sa partie sous-ombilicale et dans sa partie supérieure gauche, mais l'on y remarque, à droite, dans l'hypochondre, une voussure légère, visible surtout à jour frisant.

A ce niveau la palpation montre de la défense musculaire et permet de percevoir un plastron dur, empâté, qui donne l'impression d'une plaque de blindage logée sous le foie.

Ce plastron, de consistance égale, ferme et très douloureux à la pression, empêche de délimiter par le palper le bord tranchant du foie. Il s'étend en hauteur depuis la limite inférieure des fausses côtes jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic, en largeur depuis la ligne médiane jusqu'à la partie moyenne de la région axillaire droite.

A la percussion, il est absolument mat sur toute sa surface.

Le reste de l'abdomen est parfaitement normal. Il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, et le point de Mac Burney n'est nullement sensible. La rate n'est pas perceptible. La région lombaire est souple et non douloureuse.

L'examen des autres appareils est tout aussi négatif. Notamment le poumon droit et sa plèvre ne sont pas altérés. Le cœur bat 96 fois par minute, très régulièrement. La pression artérielle est de 14 × 6 au Vaquez. Le système nerveux est indemne.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

En face de ce tableau clinique, le médecin de ce malade

(1) Conférence faite à l'hôpital Laënnec, le dimanche 9 mars 1924.

© BIU Santé

avait abandonné son impression première de colique de plomb. Il avait eu raison. Cet homme était bien un peintre en bâtiment, mais il ne l'était que depuis quelques mois, ne présentait aucun signe d'intoxication saturnine, et la longue durée des accidents, leur allure clinique, les signes d'inflammation péritonéale localisée, la fièvre... etc. plaidaient contre cette hypothèse.

Il était évident qu'il existait une péritonite sous-hépatique, pour le moment non suppurée, semblait-il. Quelle était son origine ? Mon avis penchait en faveur d'une cholécystite aiguë, à moins qu'il ne s'agit d'une appendicite haut située. Il était indispensable enfin de faire quelques réserves sur la possibilité d'une péritonite localisée secondaire à la perforation brutale d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum.

De toutes façons une consultation médico-chirurgicale s'imposait. Je fis donc appel à mon collègue et ami M. Chifoliau. Ses conclusions furent exactement conformes aux miennes. L'expectative fut décidée. On appliqua de la glace en permanence sur le plastron douloureux, et une diète sévère fut instituée.

Cependant la voussure s'accentuait de jour en jour, et bientôt la fluctuation devenait évidente en plein centre de la « bosse » de l'hypochondre. L'état général déclinait en même temps.

Le 6 juillet, l'abcès était assez nettement collecté pour être ouvert.

Une incision au point culminant de la voussure, immédiatement sous le rebord des fausses côtes, donnait issue à 2 litres de pus crémeux, blanc jaunâtre, d'odeur un peu fade, fourmillant de streptocoques. On pouvait s'assurer qu'il venait d'une vaste cavité logée sous le foie.

Après une amélioration transitoire pendant les jours qui avaient immédiatement suivi l'opération, la fièvre de cet homme s'est rallumée, et des accidents de broncho-pneumopathie ont entraîné sa mort le 4 août 1923.

En somme, ce malade a eu un abcès sous-diaphragmatique, de cause indéterminée, dont le développement s'est fait en avant et en bas. C'est un type du syndrome des abcès sous-phréniques dont je me propose d'étudier maintenant avec vous les principaux caractères.

Définition.

On décrit sous le nom d'abcès sous-phréniques des suppurations circonscrites localisées sous le diaphragme dans l'espace compris entre la face inférieure de ce muscle, en haut, et le mésocôlon transverse, en bas.

Presque toujours il s'agit de péritonites circonscrites, exceptionnellement d'abcès rétro-péritonéaux, situés à la partie toute supérieure de la région lombaire en dehors et en arrière du péritoine.

Historique.

Leur histoire est toute récente. Barlow en 1845 les a signalés ; mais c'est von Leyden qui en a donné la première description magistrale en 1872 en étudiant le « pyopneumothorax subphrenicus », surprenant pyopneumothorax développé dans le ventre. Il individualisait ainsi l'abcès sous-phrénique à développement supérieur.

Debove et Rémond (de Metz), puis Lejars ont consacré des études approfondies aux formes à développement inférieur, abdominal, des abcès sous-phréniques.

Les travaux d'ensemble les plus intéressants sur cette question sont : une leçon clinique de Carnot, le mémoire très complet de Piquand, des articles de Mauclaire, Lance, Sauvé... Ils vont nous servir à édifier notre étude.

Aperçu anatomique.

Avant d'aborder la description anatomo-clinique des abcès sous-phréniques, il est indispensable de se remémorer la topographie des viscères et du péritoine contenus dans le région sus-mésocolique de l'abdomen où ils se collectent. Ce court aperçu anatomique permet de comprendre la génèse et la séméiologie générale de ces suppurations circonscrites.

Sous le diaphragme et au-dessus du mésocôlon transverse se trouvent : à droite, le foie avec la vésicule biliaire et les voies biliaires supérieures, à gauche, l'estomac, prolongé vers la droite par le pylore et la moitié supérieure du duodénum, plus à gauche encore, la rate. En arrière sont placés le pancréas et les reins.

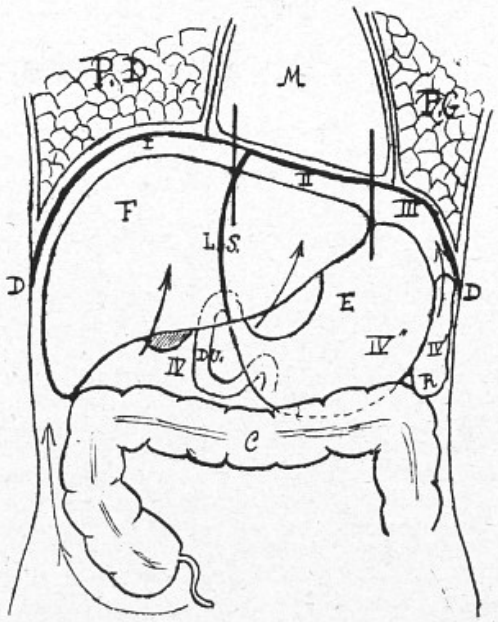


Fig. 1. — *Topographie des viscères et du péritoine dans la région sus-mésocolique, sous-diaphragmatique, du corps humain (vue de face).* (Figure inspirée par Paul Carnot).

Cette figure est destinée à montrer la disposition des différentes loges dans lesquelles peuvent se développer des abcès sous-phréniques.

I. Loge phréno-hépatique droite.
II. Loge phréno-hépatique gauche
III. Loge phréno-gastro-splénique
IV et IV'. Loge sous-hépatique ou gastro-hépatique.
IV. Loge gastro-splénique ou périsplénique.

Les différentes flèches, partant des loges sous-hépatiques, ou de la région cæco-appendiculaire, indiquent le sens de la propagation de l'infection aux loges immédiatement sous-phréniques

C : côlon ; D : diaphragme ; DU : duodénum (2e portion) ; E : estomac ; F : foie ; LS : ligament suspenseur du foie ; M : cœur ; PD et PG : poumon droit et poumon gauche ; R : rate.

Tous ces organes sont entourés, soutenus et plus ou moins reliés entre eux par le péritoine qui forme un certain nombre de replis dont les principaux sont : le ligament coronaire, qui entoure « en couronne » le bord postéro-inférieur du foie, le ligament suspenseur du foie ou ligament falciforme, étendu d'avant en arrière du diaphragme à la face supérieure du foie, le petit épiploon, disposé transversalement depuis la face inférieure du foie jusqu'à la petite courbure de l'estomac.

Ces replis et les organes abdominaux limitent un certain nombre de loges dans lesquelles vont pouvoir se développer les abcès sous-phréniques.

Le ligament coronaire circonscrit en arrière une loge directement appliquée contre la face inférieure du diaphragme, entre elle et le foie à droite et au milieu, entre elle et

© BIU Santé

le tiers supérieur de l'estomac et le pôle supérieur de la rate à gauche ; cette loge est ouverte en avant.

Le ligament suspenseur du foie divise cet espace en deux parties : l'une droite, l'autre gauche (voir figure 1).

Au-dessous du foie, mais encore au-dessus du mésocôlon transverse, le petit épiploon, rideau tendu en position frontale, sépare une loge antérieure d'une loge postérieure, qui n'est autre que l'arrière-cavité des épiploons (voir figure 2).

En arrière du péritoine, derrière le bord postérieur du foie, entre les deux feuillets du ligament coronaire, au-devant des piliers du diaphragme, il existe un espace rétro-péritonéal comblé par du tissu cellulaire, en communication avec

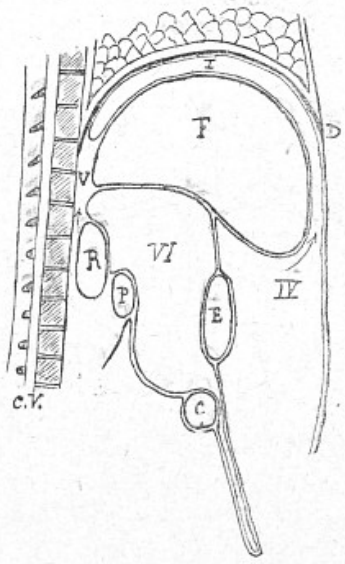


Fig. 2. — *Topographie des viscères et du péritoine dans la région sus-mésocolique, sous-diaphragmatique, du corps humain (vue de profil) (côté droit).* (Figure inspirée par Paul Carnot).

Cette figure montre la disposition des différentes loges péri-hépatiques capables de renfermer des abcès sous-phréniques.

I. Loge phréno-hépatique droite.

IV. Loge sous-hépatique ou gastro-hépatique antérieure, communiquant en avant avec la loge précédente.

V. Espace rétro-hépatique.

VI. Arrière-cavité des épiploons (ou loge gastro-hépatique postérieure de Carnot).

celui qui entoure les reins, et qui comble la fosse iliaque (voir figure 2).

Toutes ces loges peuvent contenir des abcès sous-phréniques.

Classification

Ceux-ci peuvent donc être divisés, *suivant leur siège*, en :

1) *Abcès sous-phréniques à développement supérieur*, collectés directement sous le diaphragme. Ils peuvent être : a) *phréno-hépatiques droits ou gauches*, suivant qu'ils sont situés à droite ou à gauche du ligament falciforme, ou b) *phréno-gastro-spléniques*, quand ils occupent l'extrême gauche de la région sous-phrénique. Ces abcès sont les seuls qui soient, à proprement parler, vraiment sous-phréniques. Par suite de leurs rapports intimes avec le diaphragme, ils ont une symptomatologie thoracique.

2) *Les abcès sous-phréniques à développement antéro-inférieur*, situés dans la loge sous-hépatique antérieure ou autour de la rate *abcès sous-hépatiques ou périspléniques*, capables de se propager à la loge sus-hépatique. Ces abcès sont bien intra-abdominaux, aussi leur séméiologie est-elle surtout abdominale.

3) *Les abcès sous-phréniques à développement postérieur ou lombaire*, formés en dehors et en arrière du péritoine dans le tissu cellulaire de la région lombaire supérieure. Ils ressemblent aux phlegmons périnéphrétiques dont ils sont anatomiquement et étiologiquement très voisins.

4) Quant aux *abcès développés dans l'arrière-cavité des épiploons* ou loge gastro-hépatique postérieure (Carnot), bien que, par définition, ils rentrent dans les abcès sous-phréniques, ils n'ont aucun rapport direct avec le diaphragme et ils ne nous retiendront pas longtemps.

Anatomie pathologique.

Les abcès sous-phréniques présentent à considérer, comme tout abcès, un contenant et un contenu.

I. — Contenant.

A) *Parois.*

Les parois de l'abcès sont constituées par les organes de la région, les replis péritonéaux normaux et des néo-membranes inflammatoires fibrineuses.

Leur surface interne est granuleuse, pyogène ou gangréneuse ; elle est anfractueuse, irrégulière avec des diverticules formant des loges secondaires.

Souvent sur l'une des parois on peut voir une perforation, qui peut avoir été primitive et avoir déterminé la formation de la péritonite localisée, ou être secondaire à l'ouverture du foyer dans l'estomac, le duodénum, la vésicule biliaire, la plèvre.

B) *Altérations des organes voisins.*

D'ailleurs, les altérations des organes voisins sont constantes. Elles représentent quelquefois les lésions initiales et causales (abcès du foie, cholécystite, appendicite, ulcère ou cancer gastrique).

Elles sont souvent consécutives à l'abcès sous-phrénique. Elles consistent en : refoulement des organes (du diaphragme en haut, du côlon et du foie en bas) ; inflammations périviscérales avec formation de brides adhérentes plus ou moins épaisses (périgastrite, périhépatite, périsplénite) ; en réactions pleuro-pulmonaires (pleurésie sèche, séreuse ou purulente ; congestion, hépatisation et même gangrène de la base du poumon).

C) *Dimensions.*

Les dimensions de ces abcès sont variables. Elles sont souvent celles du poing, mais elles peuvent atteindre celles de la tête d'un enfant et contenir 2 à 3 litres de pus. Alors l'abcès est à l'étroit dans la loge où il s'est développé primitivement, et, suivant les cas et son siège, il bombe dans la cage thoracique en refoulant le diaphragme jusqu'à la 4e ou même la 3e côte, ou bien il descend dans la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic, et même parfois jusque dans le bassin, en soulevant en bosse la paroi abdominale.

II. — Contenu.

Ces abcès renferment soit du pus seul, soit du pus mélangé à des gaz.

a) Quand il n'y a que du *pus seul*, sans gaz, le liquide est tantôt du pus véritable crémeux, épais, bien lié, tantôt du pus grumeleux, tantôt un liquide louche. Sa couleur est blanche, grise, jaunâtre, parfois gris noirâtre, ou bilieuse ou rougeâtre. Son odeur est souvent fétide. Il peut contenir du suc gastrique, des corps étrangers (débris alimentaires, calculs biliaires, crochets d'échinocoques).

b) Le *pus mêlé de gaz* exhale généralement une odeur infecte, putride ; il est contenu dans des parois gangrénées. Les gaz sont sous un état de tension variable. Ils provien-

© BIU Santé

nent d'habitude d'une perforation digestive (estomac ou duodénum), exceptionnellement d'une perforation pulmonaire après une évacuation par vomique. Quand il n'existe aucune fistule, ce qui est assez fréquent, on admet qu'ils se sont développés sur place par suite de la fermentation des albuminoïdes par les microbes anaérobies.

Dans le pus de ces abcès on trouve en effet de nombreux microbes.

ETIOLOGIE.

I) *Causes déterminantes.*

Les bactéries représentent les agents déterminants des abcès sous-phréniques.

Ce sont : tantôt des espèces aérobies : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, colibacilles, tantôt et principalement des anaérobies ; tantôt enfin des microbes spécifiques, comme le bacille de Koch.

On peut encore rencontrer quelquefois des champignons comme l'actinomyces, ou des protozoaires comme l'amibe dysentérique.

II) *Causes occasionnelles.*

Ces germes peuvent arriver dans les espaces sous-phréniques de deux manières :

1) Ou bien ils y sont apportés directement du dehors, et l'infection est alors primitive ;

2) Ou bien ils y arrivent indirectement par voie sanguine ou lymphatique, ou encore par ouverture d'une cavité septique voisine dans le péritoine sous-phrénique ; l'infection est dans ce cas secondaire, soit à une infection locale voisine, soit à une infection générale.

1) *Infection directe primitive.*

Les bactéries peuvent être apportées directement par toutes les blessures de la région sous-phrénique à la suite de coups de couteau, de coups de feu, d'éclats d'obus... Ces traumatismes ne sont pas un facteur fréquent de suppurations sous-phréniques, du moins en temps de paix ; pendant la guerre il en était autrement.

2) *Infection indirecte, secondaire.*

a) *A la suite d'une infection locale voisine.*

Le plus souvent les abcès sous diaphragmatiques succèdent à une infection de voisinage due à un organe de la région.

Comme je vais vous le dire, tous les viscères de la région sous-phrénique peuvent engendrer des abcès sous-diaphragmatiques. Il faut cependant mettre hors de pair, à cause de leur fréquence, trois grandes causes principales d'abcès sous-phréniques, ce sont : *a*) les lésions gastro-duodénales (dans les 2/3 des cas) ; *b*) l'appendicite ; et enfin en 3e ligne, *c*) les affections du foie.

a) Parmi les *lésions gastro-duodénales,* l'ulcère simple occupe la première place, qu'il siège au niveau d'une face gastrique, au niveau du pylore ou du duodénum ; mais le cancer de l'estomac est quelquefois aussi en cause, quoique plus rarement.

Dans tous ces cas, l'infection péritonéale est en général due à la perforation de l'estomac ou du duodénum ; elle peut être aussi parfois sous la dépendance de la propagation lymphatique. Assez souvent, les abcès sous-phréniques d'origine gastro-duodénale sont des abcès gazeux. Cependant, d'après Sauvé, ce ne serait pas très fréquent.

b) L'*appendicite* responsable d'abcès sous-phrénique est généralement une appendicite aiguë avec réaction péritonéale plastique assez vive. L'appendice est souvent en position haute, mais ce n'est pas constant. L'infection se propage de la région iliaque aux espaces sous-phréniques, soit de proche en proche par les lymphatiques ou à travers le tissu cellulaire rétrocolique, le long du couloir colo-pariétal, soit — et c'est l'habitude — par l'intermédiaire d'abcès appendiculaires au foie, d'origine portale.

c) Cette pathogénie relie donc l'appendicite à la troisième des grandes causes d'abcès sous-phréniques : les *affections hépatiques.*

Il s'agit quelquefois de cholécystites suppurées lithiasiques ou typhiques, d'abcès du foie dysentériques, biliaires ou appendiculaires, de kystes hydatiques suppurés du foie.

d) Parmi les facteurs étiologiques plus rares de suppurations sous-diaphragmatiques, il faut citer toutes *les inflammations aiguës suppurées des organes de cette région autres que le tube digestif et le foie,* par exemple : les abcès ou les kystes suppurés de la rate, du pancréas, des reins, — ou bien même celles qui atteignent des viscères abdominaux plus éloignés : l'intestin à la suite de fièvre typhoïde, de dysentérie, les organes génitaux internes (métrites, salpyngites), — et d'une façon générale toutes les inflammations du péritoine localisées d'abord puis étendues aux espaces sous-phréniques (par exemple après une pelvipéritonite), ou au contraire généralisées d'abord, puis localisées et prédominantes sous le diaphragme (à la suite d'une péritonite à pneumocoques par exemple, ou après une péritonite tuberculeuse).

e) Le diaphragme percé de puits lymphatiques décrits par Ranvier, ne s'oppose pas, loin de là, à la propagation des inflammations suppurées intra-thoraciques à l'étage supérieur de l'abdomen ; aussi les *maladies de la plèvre et du poumon* entrent-elles en ligne de compte dans l'étiologie des abcès sous-phréniques. Les pleurésies purulentes aiguës ou tuberculeuses, les pleurésies putrides (pyopneumothorax sus-phrénique), les broncho-pneumonies, les abcès et la gangrène du poumon figurent parmi les causes habituelles d'abcès sous-phréniques. Le cancer de l'œsophage, le cancer du sein, les ostéites costales ou vertébrales sont beaucoup plus rarement à incriminer.

b) *A la suite d'une infection générale.*

Quand on ne trouve pas de cause locale qui soit responsable d'un abcès sous-phrénique, il faut penser à la possibilité d'une infection générale.

Les germes sont dans ces cas transportés par la circulation et arrivent sous le diaphragme par la voie sanguine. C'est ce qui se passe après les septicémies et les pyohémies de toutes sortes, qui succèdent à la furonculose, aux avortements, aux infections graves d'organes (broncho-pneumonies, ovarites, ostéomyélites). C'est ainsi sans doute que le bacille de Koch atteint la face supérieure du foie pour y donner un abcès sous-phrénique (JACCOUD, LANNELONGUE).

Mais, je vous le répète, tous ces facteurs d'abcès sous-phréniques sont très rares, plutôt même exceptionnels.

III) *Causes prédisposantes.*

Pour comprendre pourquoi ces différentes causes d'inflammation péritonéale donnent une péritonite localisée et non pas une péritonite généralisée, il faut faire intervenir des facteurs de prédisposition locale et générale.

1) Les *causes prédisposantes locales* ont une importance primordiale.

La collection purulente s'enkyste en raison tout d'abord de la multiplicité des replis péritonéaux qui cloisonnent la région et s'opposent en bien des points à la diffusion de l'infection (ligament coronaire, ligament suspenseur du foie, petit épiploon, etc.).

En outre, les infections causales des abcès sous-phréni-

© BIU Santé

ques ayant généralement une évolution subaiguë ou chronique (ulcère rond digestif, cholécystite), de nombreuses adhérences pathologiques s'ajoutent à ces ligaments pour cloisonner davantage encore la région sous-phrénique. Quand l'infection gagnera le péritoine, elle trouvera toute formée, ou presque, la poche dans laquelle elle engendrera de la suppuration.

Ajoutez à cela que le péritoine sous-diaphragmatique offre une grande résistance à l'infection, et que, s'il résorbe malheureusement très facilement les produits toxiques grâce à ses puits lymphatiques, grâce à eux cependant il est admirablement préparé à se défendre contre les germes morbides, et à limiter leurs méfaits. En effet par les stomates du diaphragme peuvent être déversés dans le péritoine de très nombreux phagocytes (Sauvé), qui viennent lutter contre les microbes et en circonscrire les effets.

Leur tâche est d'ailleurs simplifiée par le fait que ces germes ont ordinairement une virulence atténuée. Ne viennent-ils pas la plupart du temps de l'estomac et des voies biliaires ? et ne savons-nous pas que l'acide chlorhydrique, même en petite quantité, et la bile jouissent d'un pouvoir légèrement antiseptique ? qu'en tout cas les liquides provenant de l'estomac ou des voies biliaires sont bien moins septiques que ceux qui viennent de l'intestin ?

2) A ces causes de prédisposition locale s'ajoutent des *causes prédisposantes générales* qui tiennent à l'âge et au sexe des individus. Les abcès sous-phréniques se voient principalement à l'*âge adulte*, entre 30 et 45 ans, chez des *hommes*. Ils sont rares chez les vieillards, très exceptionnels chez les enfants et les adolescents.

Symptômes

Prodromes.

L'abcès sous-phrénique est dans la majorité des cas une complication d'une maladie locale de voisinage ; aussi est-il presque toujours précédé pendant une période de temps plus ou moins longue par des manifestations de l'affection causale. On trouve donc dans les antécédents des sujets qui en sont atteints des symptômes d'ulcère ou de cancer de l'estomac, d'appendicite, etc.

Mais ces prodromes à longue portée ne sont pas constants. L'affection primitive reste assez souvent latente, et, dans ces cas, le début de l'abcès sous-phrénique a lieu en pleine santé apparente.

Début.

Ce début n'est pas toujours absolument identique.

1) Très souvent il est *brusque*, *dramatique* ; c'est celui d'une péritonite par perforation. Il s'agit en effet presque toujours alors de perforation de l'estomac ou du duodénum altérés, ou de rupture intra-péritonéale d'une collection suppurée de voisinage. Le malade ressent tout à coup une douleur atroce « en coup de poignard » à l'épigastre ou dans l'un ou l'autre des hypochondres. La face est pâle et couverte de sueurs froides ; les traits sont tirés ; les extrémités se refroidissent ; la tendance lipothymique est très marquée ; il y a des vomissements et l'abdomen, douloureux dans son ensemble, est contracturé et dur sur toute son étendue.

Mais une rémission ne tarde pas à se produire ; les phénomènes fonctionnels s'atténuent ; les signes physiques se localisent à la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

Ce mode de début est particulièrement fréquent dans le cas d'abcès sous-phrénique à développement antéro-inférieur ou abdominal.

2) Quelquefois l'abcès sous-phrénique commence *comme une maladie infectieuse thoracique*. Des frissons avec de l'élévation thermique, puis un point de côté très violent, suivi de dyspnée et de toux sont les premières manifestations de l'inflammation sous-phrénique. C'est ainsi que débutent souvent les abcès sous-diaphragmatiques à développement supérieur ou thoracique.

3) Enfin les abcès sous-phréniques se développent parfois d'*une manière insidieuse*. Ils ne s'annoncent que par des douleurs plus que vagues dans le voisinage du diaphragme, auxquelles succède plus tard une tuméfaction, développée petit à petit en sourdine, et accompagnée de fièvre et d'une sérieuse atteinte de l'état général.

Période d'état.

Parvenus à leur période d'état les abcès sous-phréniques se traduisent cliniquement par : 1) des symptômes généraux d'infection qui leur sont communs, quel que soit leur siège et, 2) des signes fonctionnels et physiques qui tiennent à la localisation de l'inflammation et sont par conséquent spéciaux à chaque forme.

I) Signes généraux communs.

Les symptômes généraux sont toujours très accentués. A cela rien de curieux, le péritoine diaphragmatique étant, comme vous le savez, particulièrement apte à résorber les produits toxiques avec lesquels il est mis en contact.

Le malade a l'*aspect caractéristique d'un sujet en proie à une suppuration profonde et grave*. Le teint est terreux. Les traits sont tirés ; le nez pincé ; les yeux encavés. La langue est sèche et saburrale. Il existe de l'amaigrissement et de l'asthénie.

La *température* est ordinairement élevée. Elle peut monter très haut dès le début, puis s'abaisser ensuite progressivement.

Fréquemment, comme chez notre peintre, elle oscille à un degré moyen, autour de 38º5, 39º.

Quelquefois elle présente de très grandes oscillations, accompagnées de frissons et de sueurs abondantes.

Il est rare qu'il y ait de l'apyrexie. Il peut cependant y avoir même de l'hypothermie, et cela se voit principalement dans le cas de pyopneumothorax sous-phrénique, c'est-à-dire d'abcès gazeux avec présence d'anaérobies dans le pus.

Le *pouls*, accéléré, marche en général de pair avec la température. Il y a dissociation du pouls et de la température quand il y a hypothermie, car le cœur, dans cette éventualité, reste très rapide.

Les urines sont habituellement rares et albumineuses.

II) Signes fonctionnels et physiques.

Les signes fonctionnels et physiques varient suivant le siège et le mode de développement des abcès sous-phréniques. Il est nécessaire de distinguer à ce point de vue trois variétés de ces collections suppurées : les abcès sous phréniques : 1) à développement supérieur ou thoracique ; 2) à développement inférieur ou abdominal ; 3) à développement postérieur ou rétro-péritonéal.

1) Abcès sous-phréniques a développement supérieur.

Ces abcès ont une séméiologie surtout thoracique.

A) *Signes fonctionnels.*

Leurs signes fonctionnels affectent la respiration et les manifestations abdominales sont absentes.

Ils se traduisent par une *douleur* qui siège à la base du thorax en point de côté. Elle est diffuse, étendue à tout

© BIU Santé

un hypochondre par exemple, mais, même dans ces cas, elle présente souvent un maximum en un point.

Un *syndrome phrénique*, caractérisé par de la douleur à la palpation des insertions diaphragmatiques et sur le trajet des nerfs phréniques (points cervicaux, intercostaux, bouton de Guéneau de Mussy), par du hoquet, s'ajoute souvent à ce point de côté.

Il y a quelquefois de la *dyspnée*, qui peut être vive et arriver jusqu'à l'orthopnée avec de violentes crises d'oppression.

B) *Signes physiques.*

A l'inspection, la collection étant profondément placée sous les fausses côtes, il est tout à fait exceptionnel qu'elle se révèle par une voussure de la région.

Ce que l'on voit ordinairement, c'est de l'*immobilité de la base du thorax du côté correspondant à la collection* avec un peu d'*élargissement* de cette base, et quelquefois du *bombement en dehors* de quelques espaces intercostaux.

L'hémithorax ainsi touché ne respire qu'avec sa partie supérieure seule mobile : la *respiration y est exclusivement costale supérieure.*

La palpation ne permet pas davantage à la main d'entrer en contact avec la collection. Cependant elle peut fournir quelques données intéressantes.

Elle décèle parfois l'existence d'une *douleur provoquée* à la pression en un point très précis. Quand il s'agira plus tard de faire une ponction exploratrice, la connaissance de ce point sera précieuse : c'est là qu'on devra faire pénétrer l'aiguille.

A droite elle montre parfois que *le foie est abaissé* ; l'abcès le refoulant vers le bas.

A gauche, on trouve *la pointe du cœur élevée*, et non pas déplacée latéralement comme dans le cas d'épanchement pleural.

Ce refoulement des organes, qu'on peut encore apprécier, nous le verrons, par la radiographie, a une grosse valeur pour le diagnostic des abcès sous-phréniques.

La *percussion* et l'*auscultation* fournissent des renseignements très importants, mais variables suivant que l'abcès sous-phrénique ne contient que du pus seul, ou bien du pus mêlé de gaz. Comme l'a dit M. Carnot, les abcès non gazeux simulent la pleurésie, les abcès gazeux simulent le pneumothorax.

a) *Dans les abcès purement purulents, non gazeux*, il existe *à la percussion*, une *matité étendue*, qui *remonte très haut*, jusqu'à la hauteur de la 4e ou même de la 3e côte en avant. Cette matité prolonge à droite la matité hépatique, à laquelle elle assigne une limite supérieure très élevée ; à gauche elle masque l'espace de Traube. Au-dessus d'elle on trouve du skodisme.

L'*auscultation* montre l'*absence de murmure vésiculaire dans la zone mate*, et fait remarquable, *la reprise de la respiration normale immédiatement au-dessus de la région silencieuse sans aucune espèce de transition.*

Parfois on peut entendre la respiration au moment des grandes inspirations au-dessous de la limite supérieure de la matité : c'est que le poumon s'insinue alors dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique, entre la collection sous phrénique et l'oreille du médecin.

Bien entendu quand il existe de la pleurésie et de la congestion de la base du poumon au-dessus de l'abcès sous-phrénique, ce n'est plus la respiration normale, mais le souffle pleurétique et l'égophonie qui disparaissent brusquement sans transition à la limite supérieure de la zone mate et complètement silencieuse.

Une constatation clinique à laquelle M. Carnot attache à juste titre une très grosse importance est le *contraste frappant qui, dans tous ces cas, existe entre le volume considérable de la collection et le peu d'intensité relatif des troubles fonctionnels respiratoires.*

b) *Les abcès sous-phréniques gazeux* que l'on n'observe guère que dans un tiers des cas, simulent le pneumothorax.

Ils déterminent à *la percussion* l'existence, à la base du thorax, d'une *zone de sonorité tympanique*, qui, plus haut, se continue avec la sonorité normale du poumon, et, en bas, surmonte une zone de matité plus ou moins étendue dans l'épigastre ou l'hypochondre. Il faut toujours rechercher les modifications des rapports de la sonorité et de la matité suivant les positions données au malade. On le fait successivement s'asseoir ou se coucher, soit sur le dos, soit sur le ventre, soit sur un côté ou sur l'autre. On trouve la matité toujours au point le plus déclive, la sonorité au contraire toujours au point culminant.

Lorsqu'un épanchement pleural vient compliquer un tel pyopneumothorax, la percussion thoracique sur toute sa hauteur révèle l'existence d'une *matité panachée*, faite de zones alternativement sonores et mates. De haut en bas s'étagent la sonorité normale du poumon, la matité de l'épanchement pleural, la sonorité tympanique de la partie gazeuse de l'abcès, la matité de la partie purulente liquide de la collection sous-phrénique.

A l'auscultation on perçoit au niveau de la partie inférieure du thorax et à la partie supérieure de l'abdomen des *symptômes de pyopneumothorax* : tintement métallique, bruit d'airain, souffle amphorique, quelquefois de la succussion hippocratique ; mais ne cherchez jamais à provoquer cette dernière en secouant la malade, cette manœuvre serait très douloureuse et très dangereuse, car vous pourriez rompre des adhérences et transformer votre abcès sous-phrénique en une péritonite généralisée.

Quand les signes amphoro-métalliques sont perçus en des points où la cavité pleurale n'existe évidemment pas — par exemple dans le triangle chondro-xiphoïdien — ils acquièrent une valeur quasi-pathognomonique.

2) Abcès sous-phréniques a développement antéro-inférieur.

Ces abcès ont une séméiologie principalement abdominale. Les réactions diaphragmatiques et thoraciques y sont atténuées. Ce sont à proprement parler des péritonites circonscrites de l'étage supérieur de l'abdomen.

A) *Signes fonctionnels.*

Les *manifestations respiratoires sont nulles* ou tout au moins *très effacées*. Il y a cependant quelquefois une légère dyspnée, avec de l'immobilisation des côtes inférieures du côté malade, un peu de hoquet dans certains cas.

Du côté de l'abdomen, par contre, il existe une *douleur violente* souvent diffuse, étendue à tout un hypochondre et dont les irradiations se font vers l'omoplate et la base du thorax. Spontanée, cette douleur est continue. Elle est réveillée constamment par la palpation, nous allons y revenir.

B) *Signes physiques.*

L'*inspection* montre une *voussure* de la région atteinte. La collection peut en effet se manifester extérieurement par une déformation de la région, car elle n'est plus aussi exactement bridée par la cage thoracique que dans les cas où elle se développe vers le haut. Cette voussure siège au niveau de l'épigastre, ou de l'un ou l'autre des hypochondres. Elle est parfois considérable, et peut faire « une bosse énorme » ; cette éventualité se produit principalement au cas d'abcès gazeux. Bien souvent au contraire elle doit être

© BIU Santé

recherchée avec soin en comparant l'un à l'autre les deux hypochondres, en considérant la paroi abdominale antérieure à jour frisant.

L'inspection révèle encore l'*immobilité des dernières côtes*, déjà signalée.

La *palpation* permet à la main de prendre contact avec la collection purulente par l'intermédiaire de la paroi abdominale. Cette paroi *contracturée* et *douloureuse* se défend contre l'exploration ; aussi la palpation doit-elle être toujours très douce, et lentement progressive. Il ne faut pas brusquer cette paroi, mais « l'amadouer », suivant l'heureuse expression de M. Lejars.

Dans ces conditions on sentira un *plastron* de consistance variable, dur ou pâteux, ou mou et fluctuant, à contours mal limités, à siège dans les hypochondres ou l'épigastre, s'insinuant souvent en haut sous les fausses côtes, plongeant en bas vers l'abdomen.

Dans le cas d'abcès gazeux, la palpation permet quelquefois de provoquer la collision du liquide et des gaz contenus dans la poche ; il se produit un bruit de clapotement, connu sous le nom de *fluctuation hydroaérique*, que lui a donné M. Lejars.

Toujours cette palpation est extrêmement douloureuse. La douleur ainsi provoquée présente constamment un maximum en un point bien déterminé, variable suivant les cas. La recherche de *ce point douloureux maximum* ne doit jamais être omise, car ce signe a une réelle valeur diagnostique, d'après M. Carnot.

Il est bon de remarquer, avec Dieulafoy, la *localisation stricte de ces différents symptômes* : voussure, défense musculaire, douleur à la pression, *à la partie sus-ombilicale de l'abdomen* tandis qu'au-dessous du nombril le ventre est souple, non douloureux et non déformé.

A la percussion et à l'auscultation, les symptômes ne sont pas les mêmes suivant que l'abcès contient ou ne contient pas de gaz.

a) *Les abcès non gazeux* sont absolument *mats à la percussion*. A droite, la matité se confond avec celle du foie et la prolonge vers le bas. A gauche, elle fait disparaître la sonorité gastrique et par conséquent celle de l'espace de Traube. Elle ne se modifie pas avec les positions du malade.

A l'auscultation, il n'y a rien de particulier. La zone mate est absolument silencieuse, mais elle l'est souvent à l'état normal puisque le poumon ne descend pas jusqu'en ces points. Une constatation plus intéressante est la réapparition brusque d'une respiration normale au-dessus de la zone suspecte. Par suite du refoulement habituel des poumons vers la cage thoracique la zone de réapparition du murmure vésiculaire normal est le plus souvent assez élevée.

B) *Les abcès gazeux* ont été quelquefois reconnus dès la palpation par la perception de la fluctuation hydroaérique de Lejars. Ce n'est pas fréquent.

En général, c'est par la percussion et l'auscultation qu'on les diagnostique.

A la percussion, la poche à contenu hydro-aérique se révèle par des *zones alternantes de sonorité exagérée et de matité*. Ces zones varient dans leurs rapports avec la paroi abdominale suivant les attitudes du malade, car, par suite des lois de la pesanteur le liquide — c'est-à-dire la zone de matité — occupe toujours les points les plus déclives.

Ainsi, le sujet étant assis ou debout, la matité occupera la partie inférieure, la plus abdominale de la poche ; le tympanisme siègera au-dessus d'elle vers la partie inférieure du thorax.

Quand le malade sera couché sur le dos, le liquide ne sera pas perçu, et les gaz afflueront la partie postérieure de la sangle abdominale antérieure devenue sommet de la collection ; le tympanisme, sera superficiel et occupera toute la zone empâtée, masquant, à droite, la matité hépatique.

Dans la position genu-pectorale, l'inverse se produit et, le fond de l'abcès étant représenté par la paroi antérieure du ventre, la matité est absolue sur toute la surface de la collection.

A l'auscultation, on entend au niveau de l'abcès, c'est-à-dire *dans le ventre, tous les signes d'un pneumothorax* : souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, etc. Ces symptômes sont dus à la transmission et à la déformation amphoro-métallique des bruits pulmonaires par la poche gazeuse intra-abdominale, et à certains bruits qui peuvent y passer. Il est bon de savoir, quand on les constate, que certains bruits aéroliquides d'origine stomacale ou colique peuvent les simuler. L'absence d'autres symptômes d'abcès sous-phréniques fait aisément éliminer ces causes d'erreur.

3) Abcès rétro-péritonéaux.

Les abcès rétro-péritonéaux se développent dans un tissu cellulaire moins irritable, moins absorbant que le péritoine. Ils siègent en outre dans une région profonde de l'organisme peu accessible à nos moyens d'investigation. Aussi ne serez-vous pas surpris d'apprendre que leur symptomatologie locale, physique et fonctionnelle, est très atténuée, et qu'à l'ordinaire ils se manifestent principalement par des signes généraux prédominants. Ils se rapprochent beaucoup des phlegmons péri-néphrétiques.

Leur *début*, je vous l'ai déjà dit, est habituellement insidieux, sans grand fracas. Il se traduit par quelques vagues douleurs lombaires et des symptômes d'infection générale tels que la fièvre et un état saburral des voies digestives.

A la période d'état, les signes généraux tiennent encore la première place. Ce sont ceux d'une infection grave, avec un facies plombé, de l'embarras gastrique, une température élevée, quelquefois de la fièvre hectique.

La *douleur* est presque l'unique *symptôme fonctionnel*. Elle est située en arrière, dans la région lombaire haute, irradiant vers le thorax, mais aussi quelquefois vers les flancs et les fosses iliaques. Elle est spontanée, sourde, continue, parfois gravative. Elle est toujours provoquée par la palpation.

Il n'y a pas, ou il y a très peu de symptômes respiratoires.

Les *signes physiques* n'apparaissent que tardivement.

Lorsque la collection prend des dimensions suffisantes, elle peut, dans certains cas, trahir sa présence à l'*inspection* par l'existence d'une voussure lombaire supérieure qui reste toujours très légère. On peut voir quelquefois un peu d'œdème cutané mou.

La *palpation* réveille constamment dans la profondeur une douleur en une zone limitée. Elle ne permet pas de sentir la tuméfaction par le palper bimanuel en raison de la situation trop haute, intra-thoracique, de l'abcès, mais lorsqu'il siège à droite, elle permet de trouver le foie sous la paroi abdominale, car cet organe, repoussé en avant par la collection, vient faire saillie sous cette paroi.

Evolution

La guérison spontanée d'un abcès sous-phrénique est tout à fait rare. Elle ne survient que dans 3 à 4 % des cas tout au plus, soit par résolution, soit le plus souvent par évacuation spontanée du pus au dehors.

Lorsque la guérison survient, elle est presque toujours le fait d'une intervention chirurgicale.

Abandonné à lui-même l'abcès sous-phrénique entraine généralement la mort. Le malade succombe d'habitude lentement dans le marasme ou la cachexie. Il est assez fré-

© BIU Santé

quemment emporté plus rapidement par une complication intercurrente.

Complications

Les complications des abcès sous-phréniques sont locales ou générales.

A) *Complications locales.*

Les complications locales sont sous la dépendance de l'évolution naturelle de l'abcès qui tend à s'ouvrir spontanément au dehors ou dans les cavités voisines.

Ces *ouvertures spontanées* se font suivant les circonstances : soit vers le haut, dans le thorax, soit vers le bas, dans l'abdomen, soit vers l'extérieur, c'est-à-dire au dehors.

1) *Ouverture en haut ; complications thoraciques.*

L'évolution de l'abcès vers le haut, suivie de complications thoraciques, est la plus habituelle. En effet l'infection se propage aisément du péritoine sous-diaphragmatique à la plèvre et au poumon par l'intermédiaire des puits lymphatiques du diaphragme.

Ce sont *les plèvres* qui sont le plus souvent atteintes. Il y a parfois pleurésie sèche ou purulente par infection de voisinage sans perforation.

Généralement, il y a formation de pleurésie purulente ou de pyopneumothorax à la suite de la perforation du diaphragme consécutive à un sphacèle localisé du muscle. Ce fait s'observe principalement au cours des abcès sous-phréniques postérieurs, rétropéritonéaux, qui entrent directement en contact avec les fibres musculaires sans interposition d'un feuillet péritonéal.

Les *poumons* sont plus rarement touchés. Il existe quelquefois des foyers pneumoniques, broncho-pneumoniques ou gangréneux à l'une des bases pulmonaires. On peut voir aussi un abcès sous-phrénique s'ouvrir directement dans une bronche, et une vomique s'ensuivre ; des adhérences cloisonnant la plèvre ont facilité cette évolution.

La *péricardite* est plus exceptionnelle encore, qu'il s'agisse de péricardite par propagation ou plus rarement de péricardite par perforation. On a cité un cas d'ouverture de l'abcès sous-diaphragmatique dans le ventricule droit, et deux cas seulement d'ouverture dans le médiastin.

2) *Ouverture en bas ; complications abdominales.*

L'évolution de la collection purulente vers le bas est moins fréquente que la précédente. Des adhérences péritonéales de nouvelle formation ont en effet cloisonné la région sous-phrénique et localisé l'infection ; elles sont habituellement plus résistantes que le diaphragme qui cède le premier.

Elles peuvent cependant se rompre, et il peut en résulter une péritonite généralisée par ouverture de l'abcès dans la grande cavité péritonéale.

Le pus peut également se faire jour dans un organe creux voisin : dans l'estomac, dans le côlon, et il peut être rejeté par vomissement dans le premier cas, dans les selles dans le second. Ces complications sont graves et d'habitude mortelles.

L'ouverture dans les voies urinaires est très rare.

3) *Ouverture au dehors, à la peau.*

L'ouverture de l'abcès à la peau est pareillement assez rare. On l'observe seulement dans 3 pour 100 des cas.

Le point de déhiscence extérieure est exceptionnellement un espace intercostal, ou la région lombaire. L'un et l'autre de ces endroits sont trop résistants, ou trop éloignés des abcès. C'est généralement au niveau de la peau de la région abdominale antérieure que crève l'abcès, en particulier quand il est d'origine biliaire.

Il est possible que cette évolution aboutisse à la guérison. Dans la majorité des cas, il s'établit une fistule intarissable qui oblige ultérieurement à une intervention, ou bien entraîne la mort par des processus divers.

B) *Complications générales.*

Les complications générales des abcès sous-phréniques sont celles de toutes les suppurations profondes. Le passage des microbes dans la circulation détermine de la septicémie et de la pyohémie avec formation d'abcès à distance, de parotidites, de phlébites, d'arthrites, de broncho-pneumonies, etc.

Formes cliniques.

1) *Suivant le siège* de la collection nous avons considéré trois formes principales d'abcès sous-phréniques : a) *les abcès supérieurs*, b) *les abcès antéro-inférieurs*, c) *les abcès postérieurs.*

Il existe parfois c) des *formes mixtes*, dans lesquelles on voit une forme primitivement thoracique devenir abdominale secondairement ou vice-versa. Il est plus exceptionnel de voir coïncider une forme postérieure rétro-péritonéale avec une forme antéro-inférieure.

d) L'*abcès développé dans l'arrière-cavité des épiploons* est par définition un abcès sous-phrénique. Il est en effet collecté au-dessus du mésocôlon transverse, au-dessous du diaphragme. Cliniquement, cette collection suppurée sous-hépatique et rétro-gastrique, sans rapports directs avec le diaphragme, a une allure très différente de celle des abcès sous-phréniques. Il s'agit d'une tuméfaction profonde médiane, située au-dessus de l'ombilic, derrière l'estomac que l'on peut insuffler au-devant d'elle, tuméfaction accompagnée de signes généraux de suppuration profonde, mais sans signes thoraciques ou abdominaux.

2) *D'après leurs caractères séméiologiques* on décrit aux abcès sous-phréniques :

a) Des *formes frustes*, dans lesquelles manquent certains symptômes ;

b) Des *formes atténuées*, caractérisées par la faible accentuation des signes, en particulier des signes généraux ;

c) Enfin des *formes latentes*, qui sont des découvertes d'opération ou d'autopsie.

Diagnostic

I) Diagnostic positif.

Après tout ce que vous venez d'entendre sur la richesse, mais aussi sur l'infinie variabilité des signes des abcès sous-phréniques, et sur le grand nombre de leurs formes cliniques, vous ne serez pas surpris d'apprendre que leur diagnostic, s'il est parfois évident, — ce qui est rare, — est d'habitude très difficile.

Aussi pour le faire, le praticien doit-il s'adresser non seulement à la clinique, mais aussi à la radiologie. Il doit mettre également en œuvre certains procédés d'investigation tels que la ponction exploratrice et l'examen du sang. Et encore, malgré ces moyens accessoires, il lui arrivera bien souvent d'hésiter, sinon de se tromper.

II) Diagnostic différentiel.

Très nombreuses sont, en effet, les affections susceptibles d'être confondues avec une suppuration sous-diaphragmatique. Pratiquement, on ne mène pas la discussion de la

© BIU Santé

même façon suivant que la collection purulente s'est développée en bas vers l'abdomen, en haut vers le thorax, en arrière vers les lombes.

1) *Dans le cas d'abcès sous-phrénique à développement abdominal.*

Dans le cas d'abcès sous-phrénique à développement abdominal, les diverses éventualités possibles à considérer sont celles qui ont été précisément envisagées à propos de notre malade, d'abord par le médecin traitant, puis par nous-mêmes.

Au début, devant la soudaineté des accidents et le siège abdominal de la douleur, notre confrère avait pensé aux différentes *coliques hépatiques*, *néphrétiques*, *intestinales ou saturnines*. C'est à ce dernier diagnostic qu'il s'était arrêté, vu la profession du sujet. S'il avait pris alors la température, il aurait sans doute changé d'avis, et peut être se serait-il rallié à l'idée d'une inflammation péritonéale. Il est possible qu'il eût alors éprouvé de la difficulté à distinguer s'il se trouvait en face d'un *début de péritonite généralisée*, ou s'il assistait simplement à la phase initiale d'une péritonite enkystée sous-diaphragmatique.

Au moment de l'arrivée de ce peintre dans mon service, on ne pouvait plus hésiter sur l'existence d'une inflammation limitée de l'étage supérieur droit de l'abdomen. Il était plus difficile de préciser le siège et la nature de la phlegmasie.

S'agissait-il d'une péritonite ou d'une inflammation d'un organe de cette région ?

Et s'il s'agissait de péritonite, avions-nous affaire à une *péritonite aiguë* ou à une *péritonite tuberculeuse ou cancéreuse*? Cette deuxième hypothèse, nous l'avons écartée facilement, à cause de l'âge et des antécédents du patient, à cause de l'évolution franchement aiguë de la maladie, à cause enfin du caractère nettement infectieux des symptômes locaux et généraux.

Nous avons conclu à la péritonite aiguë enkystée sous-diaphragmatique — en un mot à l'abcès sous-phrénique — et nous avons bien fait. Néanmoins nous avions auparavant discuté, pour l'éliminer, la possibilité d'une *inflammation d'un organe voisin* : en l'occurrence, le foie, la vésicule biliaire et l'appendice, car le siège nettement droit des lésions mettait hors de cause une *suppuration du pancréas ou de la rate*.

Nous n'avons pas voulu admettre le *kyste hydatique suppuré du foie*, car on ne retrouvait dans l'anamnèse aucun dégoût pour les matières grasses, aucune épistaxis, aucune urticaire, aucune manifestation locale de tuméfaction progressive ou de douleur plus ou moins sourde dans l'hypochondre droit. Nous avons pareillement repoussé l'idée d'un *abcès du foie*, *dysentérique ou biliaire*, en raison des antécédents de cet homme, dans lesquels rien ne plaidait en faveur d'une infection amibienne ou d'une inflammation lithiasique ou simple des voies biliaires. Il n'y avait d'ailleurs pas d'ictère, ni de subictère, pas d'hyperthermie, symptômes qui peuvent s'observer dans les abcès péri-hépatiques, c'est vrai, mais qu'on considère comme plus fréquents au cours des suppurations intra-hépatiques. Si nous avions soupçonné davantage un abcès du foie, nous aurions pratiqué un examen du sang : une grosse leucocytose, au-dessus de 40.000, aurait fortifié notre présomption, sans toutefois permettre de la confirmer absolument.

Nous nous sommes arrêtés plus longuement à discuter la *cholécystite* et *l'appendicite*, mais, je l'avoue, non pas au point de vue du diagnostic différentiel, car il était certain que la vésicule et l'appendice étaient compris dans la masse empâtée de tout l'hypochondre et du flanc droits, mais au point de vue du diagnostic étiologique, l'origine de la suppuration sous-phrénique pouvant être aussi bien appendiculaire que vésiculaire. Nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Remarquez que nous avons pu aboutir à une conclusion ferme et exacte — ainsi que l'a prouvé l'opération — sans le secours de la radiologie ou de la ponction exploratrice. Il en est assez souvent ainsi pour les abcès sous-phréniques à développement abdominal. La ponction exploratrice abdominale expose d'ailleurs à des dangers. Elle peut pénétrer dans la vésicule biliaire, l'estomac, l'intestin, etc., et les accidents qu'elle entraînerait alors sont bien pires que les quelques avantages qu'elle pourrait fournir au point de vue du diagnostic. Elle ne peut être autorisée qu'au cas où l'abcès bombe nettement, et le diagnostic alors, comme chez notre malade, est tellement évident qu'une incision de la collection vaut mieux que sa ponction.

2) *Dans le cas d'abcès sous-phrénique à développement thoracique.*

Au contraire la radioscopie et la ponction exploratrice doivent mutuellement prêter la main à la clinique pour permettre de reconnaître les abcès sous-phréniques à développement thoracique.

a) *Diagnostic par les moyens de la clinique.*

Cliniquement, ces suppurations sous-diaphragmatiques hautes ont un début, vous vous en souvenez, qui rappelle celui des affections pulmonaires. Comme, d'autre part, les signes physiques sont localisés à la base du thorax, il est arrivé plus d'une fois qu'on ait cru à une *pneumonie* ou à une *broncho-pneumonie à type pseudo-lobaire de la base*, alors qu'il s'agissait d'un abcès sous-phrénique. N'ayant pas été opérés, les malades sont morts. A l'autopsie on s'est aperçu de l'erreur. On pourrait l'éviter, d'après Broadbent en tenant compte de la grave atteinte de l'état général et de la cachexie rapide spéciales aux suppurations para-diaphragmatiques.

Quelquefois l'abcès sous-phrénique à développement vers le haut ne révèle guère sa présence qu'au moment où il s'évacue par les bronches sous forme de vomique. La question se pose alors de l'origine de l'expectoration purulente, et on est souvent entraîné à méconnaître la suppuration abdominale et à porter le diagnostic d'*abcès du poumon*, *de gangrène pulmonaire*, si les crachats sont putrides, de *dilatation des bronches* ou de *tuberculose pulmonaire*, si l'expectoration persiste longtemps et abondamment.

Je n'insiste pas sur ces faits ; somme toute, ils ne sont pas très fréquents.

Je ne fais aussi que vous rappeler une cause d'erreur facile à éviter, celle d'attribuer à un abcès sous-phrénique gazeux des bruits aéroliquides, à timbre amphoro-métallique qu'il est normal d'entendre quelquefois au niveau de l'estomac ou du côlon.

En réalité, la grosse difficulté en présence d'un abcès sous-phrénique est de le distinguer d'une *pleurésie purulente* ou d'une *pleurésie putride* et d'un *pyopneumothorax*, suivant qu'il contient du pus seul, ou bien du pus mêlé de gaz. L'examen physique indique la présence à la base du thorax d'un épanchement liquide ou hydroaérique. Cet épanchement siège-t-il au-dessus ou au dessous du diaphragme ? *That is the question.*

Pour répondre à cette interrogation, on a demandé tout d'abord à la clinique des renseignements. Elle en fournit beaucoup, et quelques-uns d'une certaine valeur

En faveur d'un épanchement pleural plaident la prédominance des signes fonctionnels respiratoires, l'extension

© BIU Santé

des signes physiques à la totalité de la plèvre, même au sommet, la forme concave vers le haut de la ligne supérieure de la matité, le déplacement latéral du cœur.

En faveur d'une collection sous-diaphragmatique on peut invoquer, au contraire, la prédominance des symptômes abdominaux, la limitation des symptômes physiques à la partie inférieure du thorax, la convexité vers le haut de la limite supérieure de la matité, le déplacement du cœur vers le haut, la présence de bruits amphoro-métalliques en des régions dénuées de plèvre, comme le creux épigastrique, la voussure au niveau des hypochondres ou de l'épigastre.

b) *Par la radioscopie.*

Néanmoins, il est presque toujours indispensable de recourir à l'examen aux rayons X pour renforcer son opinion.

C'est à la radioscopie qu'on s'adresse. Loison l'a le premier appliquée. Béclère a bien montré tout ce qu'on peut attendre d'elle.

L'examen sous l'écran doit se pratiquer en position debout ou assise. Si le malade était couché, le liquide risquerait de n'être pas bien vu, car il s'étale alors en couche mince et ne produit qu'une ombre insignifiante. Il se collecte au contraire à la partie inférieure de la poche dans la position verticale, et, traversé sous une plus grande épaisseur, donne une ombre plus foncée.

La conséquence du développement d'une collection suppurée sous-phrénique est le *refoulement du diaphragme dans le médiastin*.

Comme cette collection est unilatérale, il en résulte une *dénivellation anormale des deux moitiés du diaphragme*. Normalement l'hémidiaphragme droit est à 2 ou 3 centimètres environ plus haut que l'hémidiaphragme gauche. Il le surplombe de 5 à 6 centimètres au cas d'abcès sous-phrénique droit. Il se trouve au contraire au même niveau que lui, ou même au-dessous, si l'abcès sous-phrénique est à gauche.

La limite supérieure de la collection, étant formée par le diaphragme, *apparaît comme une ligne sombre très nette, en forme de dôme à concavité tournée vers le bas*. La partie de cette ligne qui correspond à l'abcès est immobilisée, suivant le loi de Stokes. L'*hémidiaphragme refoulé reste immobile* ; parfois même les mouvements y sont inversés au cours de la respiration, en raison de cette paralysie : l'hémidiaphragme du côté malade s'élève pendant l'inspiration, s'abaisse pendant l'expiration.

Lorsque l'hémithorax du côté immobilisé apparaît très clair aux rayons X, lorsque, par conséquent, la paralysie diaphragmatique n'est pas expliquée par une inflammation pulmonaire ou pleurale, on peut affirmer presque à coup sûr qu'il existe un abcès sous-phrénique.

Le diaphragme refoulé forme la limite supérieure d'une zone d'ombre qui se confond avec l'ombre hépatique à droite, et masque plus ou moins à gauche les clartés gazeuses gastriques ou de l'angle gauche du côlon. Quand l'abcès contient des gaz, on peut voir la ligne sombre et mince du diaphragme limiter en haut un croissant clair qui — s'il est à droite — s'interpose entre lui et la face supérieure du foie. Dans ce cas l'on dirait qu'il existe deux estomacs dans l'abdomen — puisqu'on y voit deux poches à air, l'une droite — anormale — l'autre gauche — normale. Cette image se distingue de celle que donnent les kystes hydatiques gazeux du foie. Cette dernière apparaît non comme une fente allongée immédiatement sous-phrénique, mais comme une sphère claire creusée dans le fois (Dévé).

Enfin la radioscopie montre encore que le refoulement du diaphragme entraîne le *déplacement des organes intra-thoraciques*, en particulier celui du cœur, qui se trouve verticalement repoussé en haut.

Tous ces caractères radiologiques des abcès sous-phréniques, s'ils sont parfois très nets et entraînent l'affirmation du diagnostic, sont souvent modifiés par la coexistence de réactions pleurales et pulmonaires avec l'inflammation sous-diaphragmatique.

c) *Diagnostic par la ponction exploratrice.*

C'est alors qu'on est en droit de recourir à la ponction exploratrice pour s'assurer qu'il existe bien, ou qu'il n'existe pas une collection sous le diaphragme.

Celle-ci, suivant les conseils de Lejars, doit se pratiquer à la salle d'opération, comme une intervention bien réglée. Elle doit être faite, après toutes les précautions d'asepsie d'usage, avec une aiguille longue et fine, au point culminant de la voussure, ou s'il n'en existe pas, au point douloureux maximum. L'aiguille doit être enfoncée lentement, tandis qu'on aspire constamment « à chaque pas ». (Lejars).

Si la ponction reste blanche, il ne faut pas hésiter à la répéter en un autre point. Beck conseille de la recommencer une douzaine de fois, si c'est nécessaire.

Les renseignements qu'elle fournit ont en effet un très gros intérêt.

De la hauteur et de la profondeur auxquelles elle a ramené du pus on peut tirer d'abord d'utiles conclusions. Pour Lejars il y a de très grandes présomptions en faveur d'un abcès sous-phrénique, quand l'aiguille exploratrice n'a ramené du pus qu'après avoir été enfoncée à la partie toute inférieure du thorax, et très profondément.

Vous savez déjà, pour me l'avoir entendu dire à propos du diagnostic des pleurésies putrides, qu'on peut affirmer l'existence d'une collection purulente sous-diaphragmatique quand une même ponction pratiquée « pas à pas » à la base du thorax ramène d'abord du liquide séreux — d'origine pleurale — puis, plus profondément — du pus, avec ou sans gaz. On connaît ce fait sous le nom de *signe de Scheuerlein* (voir figure 3).

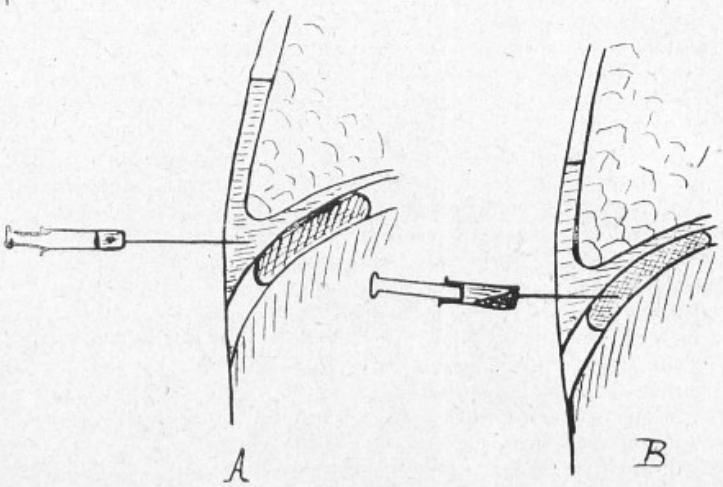


Fig. 3. — *Signe de Scheuerlein.*

A) L'aiguille a pénétré dans la plèvre ; la seringue aspire du liquide séro-fibrineux.
B) L'aiguille, enfoncée davantage, a traversé le diaphragme pour pénétrer dans un abcès sous-phrénique, la seringue aspire de la sérosité putride ou du pus qui se mélange plus ou moins à la sérosité d'abord retirée.

Vous n'avez pas oublié non plus qu'on peut déduire d'après les mouvements du pavillon extérieur de l'aiguille en sens inverse des incursions diaphragmatiques — abaissement à l'inspiration, élévation à l'inspiration — qu'elle a pénétré dans un abcès sous-phrénique. Introduite dans la cavité pleurale elle resterait relativement immobile pen-

© BIU Santé

dant les mouvements respiratoires. C'est là le *signe de Furbringer* (voir figure 4).

Enfin, vous vous souvenez aussi sans doute que Pfühl a rapporté un cas de collection sous-diaphragmatique dans lequel, ayant ponctionné avec un trocart de gros calibre, il a vu le pus s'écouler rapidement pendant l'inspiration, lentement pendant l'expiration. Le contraire se produirait au cas d'épanchement pleural. Ce signe est partout décrit sous le nom de *signe de Pfühl* (voir figure 4). Il est dangereux à rechercher, puisqu'il faut une aiguille de gros calibre. Mieux vaudrait opérer avec une aiguille fine reliée à un manomètre de Béclère, qui permettrait d'étudier l'état de la pression dans la poche ponctionnée.

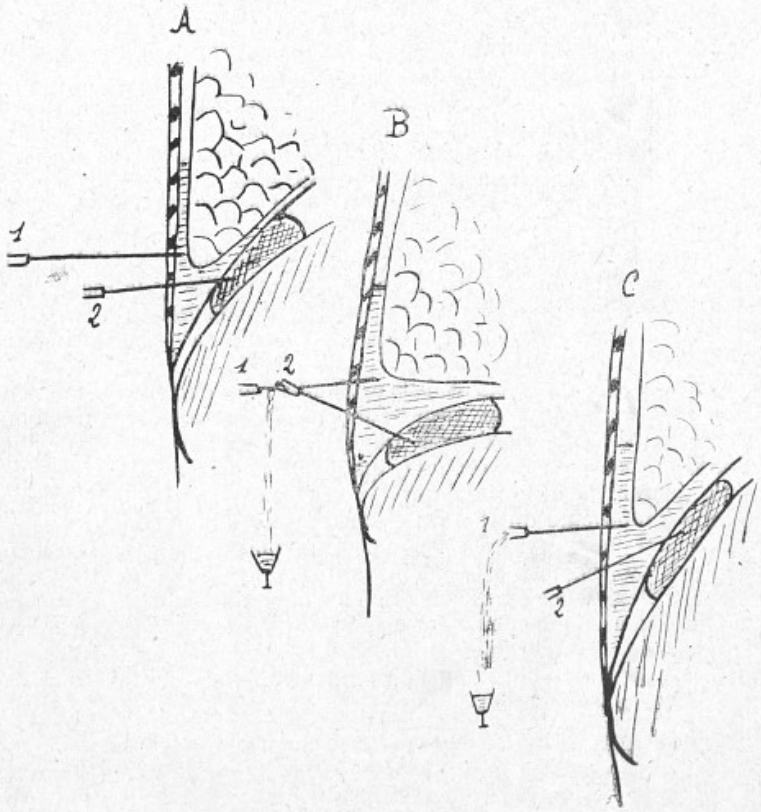


Fig 4. — *Signes de Furbringer et de Pfühl*

1) Aiguille enfoncée dans la plèvre ; 2) aiguille enfoncée dans un abcès sous-phrénique.
A) *Apnée.* — Diaphragme en position intermédiaire. Les deux aiguilles sont horizontales, il ne coule de liquide par aucune d'elles.
B) *Inspiration.* — L'aiguille intrapleurale (1) reste immobile (puisqu'elle ne traverse pas le diaphragme) elle ne débite pas de liquide.
L'aiguille (2) enfoncée dans l'abcès sous-phrénique a son pavillon qui s'élève (pendant que sa pointe s'abaisse) et le liquide s'écoule par son pavillon.
C) *Expiration.* — L'aiguille intra-pleurale (1) reste immobile, mais du liquide sort par son pavillon.
L'aiguille enfoncée sous le diaphragme (2) a son embout qui s'abaisse ; il n'en sort pas de liquide.

Mais les deux signes, de Pfühl et de Furbringer reposent sur un postulat, généralement absent : à savoir, la mobilité du diaphragme. Suivant la loi de Stokes, ce muscle est en général paralysé. Aussi ne comptez pas, pour faire votre diagnostic, sur ces deux symptômes, très intéressants en théorie, mais tout à fait exceptionnels en pratique. Par exemple si, par hasard, vous les trouvez un beau jour positifs, tenez-en grand compte ; leur valeur serait très grande.

Les caractères du pus retiré par la ponction exploratrice permettent également de présumer le siège sous-phrénique de l'abcès. Un liquide fétide, infecte, mêlé de débris alimentaires, ou bien un pus chocolat, ou encore une bouillie rougeâtre sanglante, ne peuvent provenir respectivement que du tube digestif, du foie, de la rate, organes sous-diaphragmatiques et feront pencher la balance en faveur d'un abcès intra-abdominal.

3) *Dans le cas d'abcès sous-phréniques postérieurs, rétro-péritonéaux.*

a) Quand les abcès sous-phréniques se collectent en arrière dans l'espace rétro-péritonéal, ils se traduisent principalement par des signes généraux d'infection. On peut alors croire à tort à une *infection générale*, à *une septicémie*, à *une fièvre typhoïde*, à *de la granulie* même... car on méconnaît le foyer de suppuration localisée.

Quelquefois le syndrome infectieux reste atténué, mais l'anémie, l'amaigrissement, l'asthénie, dominent ; ils aboutissent à de la cachexie. L'impression qu'il s'agit d'un *cancer latent* ne peut manquer de venir à l'esprit du médecin.

C'est alors qu'il doit, s'il soupçonne un abcès sous-phrénique, demander *un examen du sang*. Une leucocytose élevée, au-dessus de 20.000, est un argument en faveur de la collection purulente.

b) Lorsqu'un abcès rétro-péritonéal est volumineux, il peut se traduire par une tuméfaction profonde abdominale, quelquefois par de la voussure lombaire, le diagnostic sera dans ce cas à discuter avec une *tuberculose rénale*, *un cancer du rein*... Quant à distinguer un *phlegmon périnéphrétique* d'un abcès sous-phrénique à type postérieur, il n'y faut pas même songer. Cette distinction n'a d'ailleurs aucun intérêt pratique. Quel que soit le siège anatomique du pus, il est nécessaire de l'évacuer dans l'un et l'autre cas. Peut-être au cours de l'opération ne pourra-t-on fixer exactement la topographie de l'abcès ? En tout cas on aura guéri le malade, et c'est le principal.

III. Diagnostic topographique.

Et puisque nous parlons de localisation du phlegmon, laissez-moi vous dire un mot du diagnostic du siège exact de l'abcès sous-phrénique. Il est en effet indispensable de le poser d'une façon aussi précise que possible, afin de savoir où faire porter l'intervention chirurgicale. Or, cela n'est pas toujours possible.

Assurément tout est très simple, quand il existe, comme chez notre malade, une voussure localisée ; mais vous savez maintenant que le fait est plutôt rare.

Si l'abcès est profond, on se fondera, pour apprécier sa localisation, sur la notion de sa cause qui n'est qu'un facteur de probabilité, sur le siège des symptômes physiques et du maximum de la douleur, et principalement sur les résultats de l'examen radioscopique et des ponctions exploratrices.

IV. Diagnostic étiologique.

En principe un diagnostic étiologique devrait terminer cette discussion. En pratique vous ne vous attarderez pas à son élaboration.

Néanmoins vous ne manquerez pas d'incriminer dans la genèse de l'abcès sous-phrénique : une infection biliaire, un ulcus ou un cancer gastrique, une appendicite... si dans l'anamnèse vous trouvez des antécédents de lithiase biliaire, de troubles dyspeptiques à caractères ulcéreux ou

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement préventif des crises d'angine de poitrine par le Gardénal.

Par A. SÉZARY
Médecin des hôpitaux de Paris.

L'angine de poitrine est un syndrome dont non seulement le pronostic est grave, mais encore dont les manifestations sont particulièrement pénibles.

Quelle que soit sa forme (angine d'effort, angine de décubitus, angine mixte, état angineux), quelle que soit sa pathogénie (distension du ventricule gauche, lésions aortiques et périaortiques), elle est assez souvent rebelle à la thérapeutique.

Celle-ci s'adresse avant tout à la cause.

S'agit-il d'une insuffisance ventriculaire gauche, on prescrit le régime approprié, la digitaline, les émissions sanguines. Trouve-t-on des signes cliniques ou radiologiques d'une aortite, on traite la cause de cette dernière : la syphilis est souvent en jeu et l'on sait, depuis les travaux de Dieulafoy, d'Osler, de Vaquez, que dans certains cas les médications spécifiques sont capables d'améliorer et même de guérir les malades. Plus rarement, on doit supprimer une intoxication (café, tabac) ou soigner des troubles dyspeptiques.

Il est cependant un nombre d'observations assez important où le facteur étiologique échappe aux recherches cliniques ou humorales les plus minutieuses. Il arrive aussi que, la cause une fois reconnue, le traitement étiologique demeure pourtant sans effet.

Dans ces conditions, la thérapeutique ne peut que se borner aux médications symptomatiques, dont l'action est si appréciable au moment même où éclatent des crises angoissantes. Elle trouve dans les inhalations de nitrite d'amyle, dans les injections de morphine, des moyens d'atténuer l'intensité de la douleur et d'abréger la durée des crises. Mais ces médications ne sont utilisables qu'à l'occasion même des accidents.

Nous nous sommes demandé si le traitement symptomatique ne pourrait pas donner un meilleur résultat et si, chez des sujets souffrant de crises fréquentes, répétées plusieurs fois par jour ou par semaine, il ne serait pas capable de prévenir les paroxysmes douloureux, d'empêcher leur retour, ou au moins d'atténuer leur intensité et de diminuer leur nombre.

Pour obtenir ce résultat, il est impossible de se servir des inhalations de nitrite d'amyle ou des injections de morphine, car on ne saurait sans inconvénient soumettre les malades d'une façon prolongée à l'action de ces médicaments.

Les potions classiques à la trinitrine ou à l'iodure de potassium, les injections de nitrite de soude, sont peu efficaces et incapables d'une action préventivse.

Quant à la méthode chirurgicale préconiée récemment par Jonesco et consistant dans l'ablation de la chaîne sympathique cervico-thoracique, elle n'a pas encore donné la preuve ni de son innocuité (Daniélopolu, Leriche), ni de son efficacité.

Nous nous sommes alors adressé à un produit qui nous avait déjà donné des résultats intéressants dans le traitement de certaines algies viscérales, le gardénal. Ce médicament, introduit dans la thérapeutique depuis une dizaine d'années, est employé couramment aujourd'hui dans le traitement de l'épilepsie où son action est remarquable, et accessoirement dans l'insomnie et dans les états d'agitation psychique. Mais à notre connaissance, il n'a jamais été utilisé dans le traitement préventif des crises d'angine de poitrine.

Or, les observations que nous avons recueillies nous ont montré qu'administré systématiquement chez des malades sujets à des crises d'angor répétées, le gardénal est parfaitement capable de diminuer le nombre et l'intensité de ces crises, parfois même de les supprimer complètement. Les documents qui suivent sont la preuve de ce que nous avançons (1).

Observation I. — M. S..., 48 ans, électricien, consulte à la Charité le 27 février 1922 pour des crises d'angine de poitrine dont la première date de décembre 1920. Les douleurs, caractéristiques, siègent derrière le sternum, irradient dans le membre supérieur gauche et s'accompagnent d'angoisse. Elles surviennent plusieurs fois par jour, soit à la suite d'un effort et particulièrement tous les matins quand le malade se rend à son travail, soit pendant la nuit et généralement une heure après le coucher. Après une rémission de plusieurs mois, les crises ont repris avec fréquence et violence en novembre 1921. Elles ne sont calmées que par le nitrite d'amyle.

Le malade est un fumeur invétéré, et, malgré les recommandations qui lui ont été faites, fume encore quatre cigarettes par jour. Il nie tout antécédent syphilitique : sa séro-réaction est négative, même après réactivation.

L'examen de son cœur ne révèle aucune anomalie importante L'aorte apparaît normale aux rayons X. Pression artérielle 13-7 à l'appareil Pachon. Pas d'albuminurie. Râles crépitants aux sommets pulmonaires. Réflexes normaux. Digestions normales.

Nous commençons par instituer un traitement par la digitaline (60 gouttes en 3 jours) après purgation. Le résultat est nul.

Nous prescrivons alors le gardénal sous la forme de 3 comprimés de 5 centigr. par jour, à 6 heures et demie, à midi et à 19 heures. Les crises nocturnes deviennent rares, puis les crises diurnes s'atténuent. Le 13 mars 1922, le malade n'a eu, pendant la quinzaine, que 3 crises nocturnes, alors qu'auparavant il en avait au minimum une par nuit. La crise dont il souffrait chaque matin ne se reproduit plus. Il en persiste une seule vers 18 heures, on la fait disparaître en administrant le second comprimé de gardénal à 16 heures 30 au lieu de midi.

Du 5 août au 5 septembre, le malade suspend son traitement. Les crises nocturnes et diurnes reparaissent progressivement. Le 5 septembre, l'état est le même qu'avant la prescription du gardénal. Nous conseillons la reprise de cette médication.

Cette fois, l'amélioration ne s'est fait sentir que lentement et a nécessité 4 comprimés. Le 4 octobre, les crises sont devenues très rares. Le malade a repris son travail le 13.

Le 17 mai 1923, le résultat se maintient, grâce à l'ingestion, de deux comprimés de gardénal de 5 cgr, à 6 heures et à 18 heures. Les crises nocturnes ne se reproduisent plus. Mais tous les matins il survient une crise d'effort.

Celle-ci a enfin disparu sous l'influence d'une dose de 10 cgr. prise en une fois au réveil.

De temps à autre, le malade suspend quelques jours l'emploi du gardénal, mais la récidive des crises l'oblige bientôt à le reprendre.

Observation II. — Mme L..., 40 ans, est atteinte d'une aortite caractérisée par un souffle systolique et par une dilatation du vaisseau constatée aux rayons X. Elle souffre depuis plusieurs années de douleurs précardiaques angineuses continues, avec paroxysmes, irradiant dans le membre supérieur gauche et dans la moitié gauche de la face. Elle ne présente

(1) Nous avons observé un certain nombre d'autres cas que nous ne relatons pas ici, parce que nous n'avons pas conservé de notes à leur sujet.

© BIU Santé

aucun antécédent, aucun signe clinique et sérologique de syphilis. Mais elle a eu à diverses reprises des accès de paludisme. Ses divers appareils sont normaux. Pression artérielle : 15-8 1/2 au Pachon.

Les traitements qu'elle a suivis depuis deux ans (bromure de potassium, iodure, digitaline) n'ont eu aucun effet sur cet état angineux des plus pénibles.

Le 4 juillet 1924, nous prescrivons deux comprimés par jour de 5 cgr. de gardénal. L'action se fait immédiatement sentir. Les douleurs disparaissent dès le second jour et la malade « bénit » cette médication, la première qui ait soulagé ses troubles si pénibles. On essaye d'administrer le médicament d'une façon intermittente, pendant trois jours consécutifs, de le suspendre 3 jours, puis de le reprendre de la même façon. L'effet est moins bon, mais encore très appréciable. Il sera sans doute nécessaire de réduire à deux le nombre des jours de trêve thérapeutique, pour empêcher totalement le retour des crises douloureuses.

Observation III. — Mme L..., ménagère, 51 ans, se présente à la consultation de la Charité le 13 janvier 1922. Elle souffre depuis quatre ans de douleurs rétrosternales, survenant quelquefois le jour, le plus souvent la nuit. Ces douleurs irradient vers l'épaule et le bras gauches, s'accompagnent d'angoisse et durent un quart d'heure, quelquefois une demi-heure.

L'examen du cœur révèle un double souffle aortique. La radioscopie montre une aorte ascendante très dilatée, animée d'un fort mouvement d'expansion systolique. Aucun signe d'asystolie générale, Traces d'albumine dans les urines. Système nerveux normal.

La malade a eu à l'âge de 27 ans une roséole et des plaques muqueuses, qui ont disparu sans traitement spécifique. Il y a deux ans, elle a subi à deux reprises une série de 12 injections intraveineuses hebdomadaires, à la suite desquelles elle a été améliorée, mais non guérie. La réaction de Bordet-Wassermann est positive (II°).

Nous soumettons Mme L... au traitement arsenical sous la forme d'injections intramusculaires d'éparséno. Après avoir reçu 5 ampoules, la malade constate une sédation notable de ses crises angineuses ; elle se croit même guérie. Mais bientôt, et alors qu'on continue le traitement, les douleurs reparaissent la nuit. La digitaline, à la dose de 1 mgr., n'a aucune action.

Nous prescrivons alors le gardénal à la dose de 10 cgr. par jour. Aussitôt les crises disparaissent. Mais elles reparaissent le jour où l'on suspend le médicament. Diverses tentatives faites pour ne prendre le gardénal qu'un jour sur deux n'ont pas été satisfaisantes. C'est seulement à la condition d'absorber chaque jour du gardénal que la malade n'éprouve plus ses douleurs.

Malade perdue de vue après le 12 avril 1922.

Observation IV. — M B..., 42 ans, peintre décorateur, consulte à la Charité le 10 avril 1922 pour des douleurs dans la région précordiale s'accompagnant d'angoisse et de vertige, survenant le jour ou la nuit, indépendamment de tout effort. L'examen radioscopique, fait à la Pitié, aurait révélé une aortite.

Les bruits du cœur sont sourds ; on ne perçoit pas de souffle, Pression artérielle : 20-12 à l'appareil Pachon. Leucoplasie des commissures buccales. Réation de Bordet-Wassermann négative.

On institue le traitement arsenical sous la forme d'injections bi-hebdomadaires d'éparséno. Les douleurs persistant après la 7e injection, nous prescrivons 5 cgr. de gardénal par jour. Le malade accuse *aussitôt* une grande amélioration : les crises sont devenues beaucoup plus rares et moins intenses.

On poursuit cependant la médication arsenicale, puis on pratique une série d'injections de Iuatol. Après ce traitement, les douleurs cardiaques ont disparu et le gardénal a pu être suspendu sans qu'elles reparaissent.

Dans cette observation, le gardénal a réussi à atténuer rapidement les douleurs angineuses, tandis que le traitement antisyphilitique, par son heureuse action sur l'aortite, en amenait peu à peu la disparition.

Le malade, observé depuis cette époque jusqu'à ce jour, n'a plus souffert de douleurs cardiaques.

De la lecture de ces observations et des autres cas analogues que nous avons pu suivre, se dégage nettement cette conclusion que le gardénal a une action symptomatique souvent rapide, quelquefois lente, sur le nombre et l'intensité des crises d'angine de poitrine. Cette action est indéniable, car la suppression du médicament pendant quelques jours est toujours suivie de la recrudescence des douleurs cardiaques.

La *dose* de gardénal efficace a varié selon les cas. Elle doit être déterminée par tâtonnements pour chaque sujet. Chez certains malades, 5 centigr. suffisent ; chez d'autres, 20 centigr. sont nécessaires (on sait qu'il est préférable de ne pas dépasser la dose de 30 cgr. par jour).

Le *moment* de la prise du médicament a son importance. Les crises se répètent souvent à heure fixe et il est indiqué de donner le gardénal une ou deux heures avant. C'est ainsi que dans notre première observation, une dose de 5 cgr. prise à midi est incapable de supprimer une crise survenant chaque jour à 18 heures, alors que la même dose, reportée à 16 heures, a une action préventive complète. Lorsque les crises se renouvellent plusieurs fois dans la journée, on administrera 5 cgr. de gardénal à diverses reprises, de préférence une ou deux heures avant le moment habituel d'apparition des douleurs.

La dose de 5 cgr., par prise, dose par laquelle nous commençons habituellement, peut être insuffisante. Nous avons été obligé de donner 10 cgr. à la fois dans notre observation I.

Lorsqu'on a obtenu un résultat satisfaisant, on doit tenter de le maintenir en réduisant les doses au strict minimum, en faisant un traitement symptomatique d'entretien.

Il serait même désirable de suspendre de temps à autre le gardénal pendant quelques jours. La chose nous a paru possible dans nos deux premières observations. Mais c'est encore l'expérimentation qui dans ces cas montrera pendant combien de temps la médication peut être suspendue sans que reparaissent les crises angineuses.

Dans certaines circonstances où il importerait d'agir avec rapidité et intensivement, on pourrait utiliser les injections sous-cutanées de gardénal sodique. C'est là une simple suggestion que nous formulons, n'ayant jamais eu recours jusqu'ici à cette forme spéciale du médicament.

Le gardénal est peu toxique. Aux doses où nous le recommandons, il semble tout au plus capable de provoquer d'une façon exceptionnelle quelques éruptions médicamenteuses sans gravité. On sait d'autre part que les épileptiques supportent pendant des mois et des années des doses du médicament supérieures à celles que nous avons employées. Le principal inconvénient qu'il peut avoir consiste dans la somnolence qui suit parfois son ingestion. Cette somnolence, dont se sont plaints seulement quelques malades, n'est cependant pas très marquée, lorsqu'on s'en tient aux doses que nous avons indiquées. Elle se manifeste surtout au début du traitement, puis elle s'atténue et disparaît progressivement.

Les sujets améliorés par le gardénal sont peu à peu débarrassés de la hantise des crises terriblement angoissantes dont ils ont souffert. Ils en craignent moins le retour et pour cette raison s'exposent davantage aux causes qui les provoquent. C'est ainsi qu'un de nos malades, garde républicain, considérablement amélioré par le gardénal, est mort subitement, vraisemblablement d'une crise d'angor, après une course à bicyclette qu'il avait eu le tort de faire.

Pour nous, nous ne nous illusionnons pas sur la valeur du traitement de l'angor par le gardénal. C'est un traitement symptomatique qui nous paraît intéressant parce

© BIU Santé

qu'il peut prévenir des douleurs très pénibles, mais ce n'est qu'un traitement symptomatique. Avec lui, nous ne prétendons pas guérir les malades, ni même enrayer l'évolution de leur maladie : nous atténuons seulement les manifestations les plus angoissantes. Aussi, bien qu'apparemment il ait une action plus rapide et peut-être moins infidèle que les traitements étiologiques et pathogéniques, on n'oubliera pas que ces derniers seuls sont qualifiés pour provoquer la guérison proprement dite. Ils ne devront donc pas être négligés et seront appliqués concurremment avec le gardénal. On peut aussi réserver ce médicament aux cas où le traitement étiologique a échoué.

Cette action préventive du gardénal sur les crises d'angine de poitrine nous paraît relever de l'effet sédatif qu'a ce médicament sur les algies viscérales. Avec lui nous avons calmé chez une malade les sensations pénibles que provoquaient des extrasystoles et chez une autre les douleurs cuisantes dues à une causalgie non traumatique d'un membre supérieur.

Cette heureuse influence pourrait être utilisée dans le traitement sédatif des crises. Il serait intéressant, à ce point de vue, de comparer l'action des injections de morphine à celle des injections de gardénal sodique.

Il est à peine utile de signaler en terminant que le traitement préventif des crises angineuses ne peut s'adresser qu'aux malades sujets à des accès répétés et qu'il n'est pas applicable aux cas où les accidents douloureux ne récidivent qu'à des semaines ou à des mois d'intervalle.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Remarques sur la dissociation affective dans certains états de mélancolie anxieuse [1].

Par **Henri CLAUDE**

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Dans une précédente leçon, je vous avais montré plusieurs cas de délire polymorphe. J'avais appelé l'attention surtout sur le fait que chez ces malades se manifestait une altération mentale particulière, un état schizoïde selon le terme qui tend à prévaloir aujourd'hui — terme synonyme, en somme, de cette dissociation mentale sur laquelle j'avais insisté dès 1910 avec Lévi-Valensi, de cette « discordance » mentale bien délimitée par les travaux de l'école française. Les malades présentés la semaine dernière étaient des *délirants* ; ils vivaient dans un monde qu'ils s'étaient forgés de toutes pièces ; leur logique, leur faculté de jugement et de raisonnement étaient profondément troublées mais en rapport étroit avec leurs constructions délirantes.

Il y a d'autres sujets chez lesquels les modifications de la personnalité sont dues surtout à des désordres *affectifs*. Ces malades se présentent avec le tableau de la mélancolie simple ou de la mélancolie anxieuse, sans délire net, sans troubles intellectuels très accusés. Sous l'influence de facteurs endogènes, souvent d'origine endocrine, ou bien à la suite de causes exogènes — intoxications, émotions répétées, inadaptabilité aux conditions sociales — ils aboutissent à une véritable dissociation affective, à une « schizothymie » suivant la terminologie étrangère.

(1) Leçon recueillie par le Dr P. Schiff.

Voici deux cas qui montrent un tableau clinique de mélancolie anxieuse et qui sont d'ailleurs en voie d'amélioration. Vous distinguerez nettement chez eux la prédominance des facteurs affectifs :

Obs. I. — Mme J... nous est envoyée d'office par l'infirmerie du dépôt, avec un certificat signé du docteur Heuyer, et dont je vous donne quelques extraits : « Dépression psychique. Tristesse. Pleurs. Lamentations. Inquiétude. Anxiété. Ebauche d'auto-accusation. Peur d'être tuée, d'être brûlée. Probabilité d'onirisme. Voit le feu, des morts, etc. Insomnie. Bonne orientation. Conscience relative de l'état morbide. Réactions pathologiques : fugues dans la rue, négligence des soins à donner à son enfant qu'elle a risqué de brûler en le laissant auprès du feu au milieu de ses couvertures. Ne s'alimente plus depuis quelques jours, début des troubles psychiques il y a 10 jours. Allaite un enfant de 4 mois. »

A son entrée, la malade a montré le tableau habituel de l'anxiété morbide : avait peur de mourir, on allait la conduire chez les sauvages, la couper en morceaux. Se reproche d'avoir signé des papiers dans lesquels elle s'engageait à abandonner son enfant. Elle est la cause que beaucoup de familles sont en deuil, etc.

Il s'agit d'une veuve de guerre, en proie à des difficultés matérielles et sentimentale, très éprouvée par une grossesse récente et chez qui l'anamnèse n'a pas décelé de troubles psychopathiques héréditaires. La tension artérielle, les chiffres de l'urée et de la cholestérine sanguines sont normaux, l'urine ne contient rien de particulier.

La malade, malgré les idées absurbes qu'elle nous expose, est bien orientée dans l'espace et le temps, sa mémoire est bonne, son attention peu soutenue, mais en insistant on arrive à obtenir d'elle quelques renseignements anamnestiques précis. Elle a toujours été une « tourmentée ». L'ensemble des symptômes représente un état de dépression mélancolique avec anxiété et idées d'indignité. Il n'y a pas de délire fortement constitué, ce qui domine, ce sont des évocations à caractères obsédant et de l'aboulie. Il faut rejeter le diagnostic de confusion mentale d'origine toxique primitive (grossesse, allaitement) et je pose plus volontiers celui d'épisode mélancolique chez une obsédée constitutionnelle, très surmenée par des efforts physiques, une vie matérielle difficile et une vie morale troublée.

Obs II. — La seconde malade, Mme R.,. est envoyée pour mélancolie anxieuse et chez elle l'angoisse domine de beaucoup la mélancolie. Ne peut tenir en place, s'accroche à tous les médecins, aux infirmières, aux malades, pour qu'on la rassure sur son sort. Elle présente des idées d'auto-accusation, développées à propos de préoccupations en partie légitimes. Elle insiste beaucoup : 1° sur certaines sensations cœnesthopathiques à localisation surtout gastrique et que des désordres neuro-végétatifs peuvent expliquer ; 2° sur certaines idées obsédantes qui dominent actuellement le champ de sa conscience et qui ne sont d'ailleurs que l'exagération des préoccupations anciennes : c'est une scrupuleuse; une douteuse chronique en lutte avec elle-même et avec un érotisme latent. C'est une obsédée constitutionnelle, et aujourd'hui l'intensité de ses réactions pourraient même la faire considérer comme une mélancolique périodique, dont la crise actuelle représenterait le premier accès typique et net. La malade est bien orientée. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide, mais peu convaincues ». Elle voulait se tuer à tout prix, mais d'un autre côté elle n'y tenait pas tant que ça ». Elle aurait voulu que la mort arrivât « sans qu'elle y prit une part active ».

Ces deux cas sont bien caractéristiques du syndrome mélancolie avec anxiété et représentent un type qu'on rencontre fréquemment dans les asiles, où ils ne font d'ailleurs que des séjours peu prolongés : le pronostic immédiat est assez bon en effet, et dès que le patient a triomphé de son état anxieux et de sa dépression, qu'il a repris quelques forces, que son organisme s'est désintoxiqué, il peut être remis en liberté, à condition de mettre en garde la famille contre la possibilité de rechutes. Mais ces cas sont intéressants à bien connaître également au

© BIU Santé

point de vue diagnostique, et parce qu'ils posent des problèmes théoriques importants.

Au point de vue diagnostique, on recherchera soigneusement si, chez ces malades, derrière les manifestations d'angoisse et de bouleversement affectif, le fond mental n'est pas moins touché qu'il ne paraît à un examen superficiel. Il ne s'agit pas, comme dans la vraie schizophrénie, d'un désaccord entre la constitution psychique tout entière de l'individu et la réalité extérieure. Si l'on analyse soigneusement ces malades, on trouvera chez eux les facultés intellectuelles — jugement, raisonnement, mémoire — intactes, mais masquées par un désordre affectif très apparent et dramatique. Chez eux la discordance psychique n'est pas, comme dans la démence précoce, entre l'individu et le monde : elle est dans l'individu même. Ce qui rend souvent difficile l'appréciation de tels états, c'est que certains cas de démence précoce avérée semblent être entrés dans la maladie par une telle dissociation mentale subjective, interne. Chez eux la personnalité sentimentale, l' « Affekt » pour employer un terme de Freud, a été touchée en premier lieu et au début l'intelligence corrigeait encore les erreurs de l'affectivité, mais ensuite la sphère intellectuelle a, elle aussi, participé au délire et le malade refait la synthèse de sa personnalité en s'adonnant complètement à la maladie, en se réfugiant tout entier dans son « autisme », en se séparant de façon absolue du monde réel.

Mais s'il est entre la *discordance anxieuse* et la *discordance schizophrénique* des cas limites, à diagnostic difficile, je crois cependant que cette distinction entre une dissociation subjective et objective, entre une schizoïdie de l'individu par rapport à son monde intérieur et une schizoïdie de l'individu par rapport au monde extérieur, doit être maintenue. Je sais que cette distinction ne correspond pas aux théories actuellement en honneur dans certains pays, mais elle me paraît justifiée par les faits cliniques : je ne puis partager l'opinion de ces auteurs allemands pour qui la « schizothymie » est nécessairement le premier degré, la première étape de la « schizophrénie ».

Les états de discordance anxieuse, de dissociation affective comme ceux que je vous ai présentés aujourd'hui sont instructifs en nous montrant nettement que les processus de discordance ne sont pas particuliers à la démence précoce. C'est là une preuve de plus à quel point il est difficile de délimiter les caractères cliniques de celle-ci, et combien il serait nécessaire de la considérer moins comme une entité morbide que comme un syndrome susceptible de se manifester au cours d'états psychotiques très divers.

XXXIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(*Paris* 6-11 *octobre* 1924)

PREMIÈRE QUESTION

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur. Leurs résultats éloignés (*Suite*).

Rapporteurs : MM. Charles DUJARIER et Léon IMBERT

Soins postopératoires. — FRACTURES RÉCENTES. — Delbet fait lever ses malades du troisième au treizième jours, s'ils ont un appareil de marche, du douzième au trentième jours s'ils n'ont pas cet appareil.

Dujarier ayant remarqué qu'avec le lever précoce, il se produisait un tassement secondaire amenant l'infléchissement du col a peu à peu prolongé la période de repos au lit. Actuellement il applique à ses malades après l'opération un grand appareil plâtré allant des orteils à l'aisselle du côté malade et prenant la cuisse du côté sain. Il n'enlève ce plâtre qu'au bout de deux à trois mois. Puis le malade marche avec des béquilles et est enfin autorisé à s'appuyer sur son membre du quatrième au sixième mois.

PSEUDARTHROSES. — Ici encore Delbet fait lever ses malades précocement, du dixième au soixantième jour suivant qu'ils sont ou non pourvus d'un appareil de marche alors que la plupart des autres chirurgiens immobilisent longuement leurs opérés et souvent dans un appareil plâtré.

Evolution anatomique des fractures transcervicales. — Les études histologiques d'Axhausen et de Letulle sur des pièces d'autopsie montrent qu'il se produit une nécrose partielle ou totale de la tête insuffisamment vascularisée par l'artère du ligament rond et que secondairement cette tête est revascularisée soit par le fragment externe, soit par l'artère du ligament rond de l'os nouveau venant entourer l'os ancien. Ces faits expliquent la lenteur de la consolidation, la fréquence des pseudarthroses et plaident en faveur du repos prolongé pour de tels malades.

Résultats. — Le rapporteur analyse trois statistiques globales : celle de Delbet et de ses élèves exposée dans le livre de Basset, celle de Noordenbos et la sienne.

I. STATISTIQUE DE DELBET. — La mortalité globale est de 12 p. 100 (11 morts sur 90 cas) mais elle est bien moins forte dans la seconde série (5 p. 100) que dans la première (14 p. 100). Il y a eu 7 phlébites postopératoires et 6 échecs opératoires. Les bons résultats fonctionnels sont pour les fractures récentes de 25 sur 45 cas et pour les pseudarthroses de 13 sur 24.

II. STATISTIQUE DE NOORDENBOS. — Elle comporte 70 cas dont un certain nombre sont défalqués pour diverses raisons. Restent 46 cas utilisables dont 33 fractures récentes, 3 fractures datant de un à trois mois et 10 pseudarthroses. Des 33 premiers cas, 17 sont complètement guéris, 10 présentent un bon résultat mais avec limitation des mouvements, 6 sont de mauvais résultats : 4 arthrites déformantes et 2 pseudarthroses. Les 3 fractures de un à trois mois ont donné 2 guérisons complètes et un mauvais résultat. Parmi les 10 pseudarthroses il y a 3 très bons résultats, 3 bons résultats, 3 résultats médiocres et 1 échec de la greffe par résorption.

III. STATISTIQUE DE DUJARIER. — Elle comporte 60 cas : 39 fractures transcervicales, 5 cervicotrochantériennes et 16 pseudarthroses.

Les 39 premiers cas ont donné 8 morts survenues presque toutes chez des malades âgés et plus ou moins tarés qu'il aurait mieux valu ne pas opérer. 6 malades ont été perdus de vue et 3 sont récemment opérés. Sur les 22 autres il y a eu 12 résultats bons, 4 médiocres et 6 mauvais.

Pour les 5 fractures cervico-trochantériennes, on note 3 bons résultats, 1 médiocre et 1 inconnu.

16 pseudarthroses ont été opérées sans mort, 2 sont des cas récents, 2 n'ont pu être vus, 1 résultat primitivement bon est devenu mauvais. Les 11 autres résultats sont bons.

Les fractures sous-trochantériennes. — Les fractures sous-trochantériennes ne sont pas rares. D'après une statistique qui groupe celles de Henderson, de Walker et de Boppe, elles représentent 16,7 p. 100 des fractures du fémur.

Elles surviennent surtout à la suite d'un gros traumatisme chez de jeunes sujets, contrairement à l'opinion classique qui en fait une fracture du vieillard.

On observe des fractures transversales, obliques ou spiroïdes et à fragments multiples. Ici encore, selon le rapporteur, il est inexact, comme on le dit généralement, que les fractures transversales soient plus rares que les obliques. Le déplacement est toujours marqué : le fragment inférieur se porte en haut et en dedans ; le fragment supérieur se met en rotation externe, en flexion et en abduction.

En dehors des signes habituels des fractures, on observe deux signes positifs : la déformation « en crosse de pistolet » et un raccourcissement de 4 à 9 centimètres et deux signes négatifs : la non ascension du grand trochanter et son immobilité quand la diaphyse est mise en rotation.

A cause des déplacements complexes des fragments, l'ostéosynthèse doit être préférée en général aux appareils plâtrés ou à l'extension continue.

Dans les fractures transversales on utilisera la plaque vissée, modelée ou non. Dans les fractures obliques, le cerclage constitue le procédé idéal. Dans les fractures à fragments intermédiaires plus ou moins nombreux, on se conduira de façon diverse selon les cas, en combinant les plaques et les cercles. D'ail-

© BIU Santé

leurs des dégâts trop considérables constituent une contre-indication opératoire.

Lorsque le traitement sanglant ne pourra être utilisé, par suite de l'état général ou local, on choisira le grand plâtre en abduction appliqué en réduction sous traction et suivi d'un contrôle radiographique périodique. La marche ne sera permise qu'après plus de deux mois.

DEUXIÈME QUESTION

Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins

Rapport de M. G. LABEY (de Paris).

Indications opératoires en dehors de la grossesse.

Les indications opératoires qui se posent en présence de fibromes doivent être distinguées selon qu'il s'agit de fibromes simples ou bien de fibromes présentant une complication d'ordre biologique ou d'ordre mécanique.

Fibromes simples. — L'opération, qu'elle ait lieu par la voie abdominale ou par la voie vaginale, peut être conservatrice, c'est-à-dire, se borner à l'exérèse de la tumeur, ou mutilante, c'est-à-dire comporter l'ablation de l'utérus. Chacune de ces voies, chacune de ces méthodes, en dehors même des tendances personnelles du chirurgien, a ses indications particulières.

I. **Chirurgie conservatrice.** — La méthode conservatrice a des avantages certains tant pour l'individu que pour l'espèce.

Les accidents de la ménopause artificielle, troubles trophiques, nerveux et circulatoires sont, en effet, plus fréquents et plus accentués, surtout chez les femmes jeunes, que ceux de la ménopause normale. Ils sont, d'ailleurs, variables suivant l'âge des femmes, suivant leur état organique et leur état nerveux antérieur. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'insister sur l'intérêt qu'il y a à laisser aux femmes opérées la possibilité d'être fécondées.

Mais l'opération conservatrice n'offre-t-elle pas, en regard de ses avantages, des inconvénients et des dangers, une gravité plus grande que celle de l'opération mutilante, la possibilité de la récidive nécessitant une nouvelle opération ? C'est ce qu'il convient d'examiner.

A. CHIRURGIE CONSERVATRICE ABDOMINALE. — La *gravité* de cette méthode ne peut être appréciée qu'en se rapportant à des statistiques récentes. Celle de Goullioud, en 1922, donne 4 morts sur 104 cas, soit une mortalité de 3,85 p. 100. Dans celle de W. Mayo, en 1922 également, la mortalité est de 0,5 p. 100. Enfin, Giles (de Londres) a publié, en 1923, une statistique de 1.004 hystérectomies abdominales avec une mortalité de 1,69 p. 100 et de 973 myomectomies abdominales avec une mortalité de 1,7 p. 100.

La gravité de la myomectomie serait donc à peu près égale ou même inférieure à celle de l'hystérectomie. Malheureusement, ces chiffres n'ont qu'une valeur restreinte, car l'extirpation des fibromes pédiculés et les énucléations intra-utérines confondues dans les statistiques comportent des difficultés et des risques très différents.

On a reproché à la myomectomie le risque d'hémorragie qu'elle ferait courir à la malade. Mais c'est une objection plus théorique que réelle. Plus sérieuses sont les complications infectieuses dues à l'ouverture de la cavité utérine. C'est pour les prévenir que Tuffier, ayant préalablement dilaté l'utérus, draine par le col quand une brèche a été faite à la muqueuse.

La possibilité de *récidives* est la plus grosse critique formulée contre la méthode conservatrice. Cependant ces récidives paraissent assez rares : 4 sur 123 myomectomies (Martin), 4 sur 540 (Zwidel), 4 sur 104 (Goullioud). Et, d'ailleurs, la crainte d'une récidive dont l'intéressée est avertie n'est pas de nature à faire repousser l'opération chez une femme qui désire des enfants.

On constate, en effet, que le nombre des grossesses survenues après myomectomie, sans être très élevé, n'est nullement négligeable. Voici des chiffres : 2 grossesses sur 122 opérées (Martin), 18 sur 540 (Zwibel), 15 sur 104 (Goullioud), 43 sur 504 (W. Mayo). Encore faut-il remarquer que parmi les femmes opérées de ces statistiques, il y avait bon nombre de célibataires et de femmes ayant dépassé quarante ans. Les grossesses multiples ne sont pas exceptionnelles. Des femmes qui étaient stériles avant l'opération ont cessé de l'être après.

D'autre part, contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, la grossesse après myomectomie se passe généralement d'une façon tout à fait normale.

S'il est incontestable que l'opération conservatrice est légitime, les cas dans lesquels elle est justifiée et même commandée doivent être précisés avec soin.

D'abord, en principe, la myomectomie et l'énucléation n'offrent d'intérêt et ne seront pratiquées que sur des femmes jeunes, au-dessous de quarante ans.

Ensuite, les *conditions anatomiques* dans lesquelles se trouve la tumeur jouent un rôle important.

Les *fibromes pédiculés* représentent une des indications les plus formelles de la myomectomie. Mais il ne faut pas que la tumeur présente des signes de dégénérescence.

Le *volume* du fibrome, même s'il s'agit d'une énucléation, ne semble guère devoir entrer en ligne de compte. Des fibromes de plusieurs kilogrammes ont pu être enlevés sans hystérectomie avec succès.

Le *nombre* des tumeurs est un facteur plus discutable et la multiplicité des noyaux doit faire renoncer à conserver un utérus qui n'est plus alors qu'une « loque » sans utilité.

La *situation* des fibromes commande certaines réserves. Ainsi quand on enlève une tumeur de la corne utérine, la fermeture de la cavité peut amener l'oblitération de la lumière salpingienne et l'ablation des fibromes bas situés, intraligamentaires, est quelquefois très difficile et plus dangereuse que l'hystérectomie.

Enfin, les *lésions concomitantes* de l'utérus, cancer du col ou du corps, métrite chronique invétérée ou lésion des annexes, constituent évidemment une contre-indication formelle de l'opération conservatrice. A peine doit-on faire une exception pour certains cas de lésions annexielles chez des femmes jeunes où il est possible de conserver un ovaire et l'utérus. C'est dans de telles circonstances que peut aussi être indiquée l'hystérectomie fundique.

B. CHIRURGIE CONSERVATRICE PAR VOIE VAGINALE. — L'ablation des fibromes par voie vaginale a des indications nettes. Tel est le cas des polypes ou fibromes pédiculisés, à évolution cavitaire.

Si le polype s'insère sur le col, l'opération est des plus simples. S'il est implanté sur le corps, la dilatation et souvent la section des commissures sont nécessaires.

Les tumeurs volumineuses emplissant le vagin doivent parfois être morcelées.

Quant aux fibromes sessiles ou interstitiels, lorsqu'ils siègent sur le col, ils peuvent encore être assez facilement énucléés par le vagin, mais lorsqu'ils sont plus haut situés, leur ablation par cette voie devient discutable. La colpotomie antérieure, latérale ou postérieure, cette dernière surtout, permet à la rigueur d'énucléer de petits fibromes de la portion sus-vaginale du col, mais non des tumeurs volumineuses, et l'ablation vaginale des fibromes interstitiels du corps utérin est aujourd'hui presque totalement délaissée.

II. **Hystérectomie.** — Pour éviter des répétitions, on peut dire que les indications de l'hystérectomie se confondent avec les contre-indications de la myomectomie. Les deux voies abdominale et vaginale se retrouvent ici, la seconde n'ayant d'ailleurs plus guère de partisans sauf dans de rares exceptions.

A. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — La technique en est aujourd'hui parfaitement réglée. Mais on discute encore sur les mérites comparés de la totale et de la subtotale et aussi sur l'utilité de conserver un ovaire.

Hystérectomie totale ou subtotale ? La question ne se pose évidemment pas dans certains cas. Par exemple l'hystérectomie totale est seule applicable aux cas de fibromes présentant une dégénérescence maligne ou associés à un cancer du col ou du corps utérin. De même est-il sûrement préférable de faire la subtotale chez les vierges dont le col est sain et chez les femmes grasses à bassin profond. Mais les annexites, les métrites, les déchirures obstétricales du col compliquant le fibrome laissent les chirurgiens divisés touchant l'étendue à donner à l'exérèse. Et au sujet des fibromes simples, la divergence des opinions persiste encore, les partisans de l'hystérectomie totale faisant surtout valoir le risque d'une cancérisation du moignon cervical, ceux de l'hystérectomie subtotale la gravité bien moindre de cette dernière opération. L'accord n'est donc pas encore fait sur ce point de doctrine, mais le rapporteur estime que l'hystérectomie totale gagne actuellement du terrain. Sans doute il ne faut pas examiner le péril du cancer secondaire du col. Les statistiques importantes de Routier, de Schwartz, de J.-L. Faure, sont vierges à ce sujet. Cependant il faut tenir compte de cette éventualité possible comme le montrent certaines observations. En outre l'hystérectomie totale ne semble guère plus dangereuse que la subtotale si l'on emploie une bonne technique comme celles de Walther ou la subtotale qui consiste à enlever le corps et le col de l'utérus successivement et à laquelle recourt

© BIU Santé

habituellement le rapporteur. Dans ces techniques la désinsertion du vagin se fait au plus près du col qui est « dépiauté » par les ciseaux courbes, refoulant la couche vasculaire péricervicale. Aussi l'hémorragie est presque nulle et la blessure de l'uretère à peu près impossible. D'ailleurs Walther n'a eu que 2,6 p. 100 de mortalité sur 496 cas, et Baumgartner 2,8 p. 100 sur 138 cas d'hystérectomie totale.

Conservation d'un ovaire. — L'ovaire sans utérus et sans flux menstruel ne paraît pas présenter pour les malades un avantage. Polack, Graves, dépouillant leur statistique, concluent que la conservation de l'ovaire n'offre aucun intérêt physiologique et peut être dangereuse. Doléris, Legueu partagent cette opinion. Cependant certains chirurgiens préfèrent conserver un ovaire sain chez une femme jeune.

B. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Les indications se font de plus en plus restreintes. Les fibromes très hémorragiques chez des femmes présentant des tares viscérales ne sont même plus de son ressort, depuis que sont employées la radio et la curie-thérapie. Mais l'hystérectomie vaginale reste une bonne et utile opération dans le traitement de certains fibromes compliqués.

Fibromes compliqués. — Il n'est question ici que des complications locales provenant du fibrome lui-même.

Fibromes dégénérés. — Seules prêtent à des considérations spéciales les dégénérescences dans lesquelles l'infection joue un rôle et il semble logique de réunir, au point de vue des indications opératoires, les fibromes sphacélés et les fibromes suppurés.

1° POLYPES SPHACÉLÉS. — S'il y a un pédicule on peut souvent se borner à l'ablation du polype en ayant soin de laver et de drainer l'utérus. En cas de tumeur sessile, la paroi est souvent plus ou moins sphacélée, il faut enlever l'utérus. La tumeur est-elle petite ? l'opération se fera par le vagin. Est-elle volumineuse ? le mieux sera de l'enlever en totalité ou en partie par le vagin puis, ayant tamponné l'utérus, de pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec tamponnement à la Mikulicz.

2° FIBROMES SOUS-PÉRITONÉAUX PÉDICULÉS, SPHACÉLÉS ET INFECTÉS. — On doit en ce cas toujours intervenir par l'abdomen et faire varier l'acte opératoire selon le cas. L'extirpation de la tumeur peut être simple, mais il arrive que tout se borne à l'ouverture d'un fibrome plein de pus adhérent à la paroi.

3° FIBROMES NON PÉDICULÉS SPHACÉLÉS OU SUPPURÉS. — Il est rare que le foyer soit fermé, c'est-à-dire sans communication avec la cavité utérine. Dans ce cas l'hystérectomie peut être abdominale ou vaginale selon le volume de la masse. Quand le foyer communique avec l'utérus, l'intervention est grave et la voie vaginale souvent assez peu commode pour que certains chirurgiens aient dû terminer par l'abdomen une opération entreprise par le vagin. C'est donc une hystérectomie abdominale et toujours totale qui est indiquée ici, suivie d'un tamponnement à la Mikulicz.

Complications d'ordre mécanique : torsion. — La torsion porte, tantôt sur un fibrome sous-séreux pédiculé, tantôt sur la partie moyenne d'un utérus étiré par la masse fibromateuse. Les altérations anatomiques varient considérablement suivant le degré de la torsion, sa rapidité, les adhérences de la tumeur avec les organes voisins. De même on observe des formes cliniques différentes : torsion aiguë, torsion à poussées successives, torsion lente, qui simulent les syndromes abdominaux les plus variés et dont le diagnostic n'est souvent pas fait avant l'intervention. Le pronostic dépend de la forme clinique. L'intervention s'impose dès que la torsion est soupçonnée. S'il s'agit d'un fibrome tordu au niveau de son pédicule, l'ablation du fibrome suffit, à moins qu'il n'y ait au niveau de l'utérus d'autres tumeurs nécessitant l'hystérectomie. La torsion axiale de l'utérus peut quelquefois être traitée par la réduction de la torsion avec myomectomie. Mais le plus souvent cette opération conservatrice sera difficile ou impossible et l'hystérectomie s'imposera.

Indications opératoires au cours de la grossesse.

Il est rare que pendant la grossesse les fibromes produisent des complications ; il est même de notion classique que le fibrome peut se modifier pendant la gestation de manière à régresser et même à disparaître. D'autre part, les conditions de la thérapeutique se trouvent changées par ce fait qu'il y a deux existences en jeu et qui doivent être ménagées l'une et l'autre.

Mais l'intervention chirurgicale, si elle est rarement indiquée, peut néanmoins être rendue nécessaire par les motifs suivants :

1° Craintes de dystocie : fibrome prævia ;
2° Troubles d'ordre mécanique : compression ;
3° Dégénérescence : le plus souvent nécrobiose.

1° **Craintes de dystocie.** — Il est difficile de prévoir avant la fin de la grossesse qu'un fibrome pelvien sera sûrement dystocique. Cependant certains signes permettent dans une certaine mesure cette prévision. Moins la tumeur est grosse, plus elle est molle et plus l'ascension vers l'abdomen a des chances de se faire. Les fibromes de la partie antérieure ou latérale du segment inférieur ont beaucoup plus de chances de s'élever. Ceux qui siégent dans le Douglas ne sont pas compatibles en général avec un accouchement spontané.

Quant au moment de l'intervention, si elle est ainsi indiquée, il est déterminé de façon différente selon les chirurgiens. Bégouin chez une primipare attend le travail et chez une multipare intervient d'emblée. Pour d'autres auteurs, l'acte opératoire est toujours préférable à l'expectative aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

2° **Troubles d'origine mécanique.** — La compression s'observe surtout dans les fibromes du segment inférieur. Le rectum, l'urètre, les uretères, peuvent être gênés dans leur fonctionnement, d'où s'ensuivent des troubles graves, comme l'occlusion intestinale, la rétention d'urine, l'urohéphrose et même l'anurie. La compression vasculaire et nerveuse se traduit par des douleurs, des varices, des phlébites. L'intensité de ces troubles mécaniques commandent l'intervention.

3° **Dégénérescence.** — La nécrose aseptique ou nécrobiose considérée comme rare parce que rarement reconnue est, d'après Brindeau et Leroux, une des principales complications des fibromes gravidiques. La nécrobiose, qui ne s'infecte pas en général pendant la durée de la grossesse, est au contraire très souvent envahie par des germes aérobies ou anaérobies pendant les suites de couches. Les signes d'intensité très variable par lesquels se manifeste cette complication se présentent sous la forme de crises douloureuses rappelant les crises péritonéales. En même temps, symptôme important signalé par Bégouin, la tumeur devient sensible à la pression. L'intervention chirurgicale est alors formellement indiquée et quelquefois d'extrême urgence.

4° **Autres indications.** — L'*hémorragie*, si elle est causée par un fibrome du col, est une indication opératoire : si elle est due à un fibrome interstitiel elle commande, au contraire, l'abstention à moins que la vie de la femme ne soit en danger.

Les *menaces d'avortement*, quand elles paraissent avoir pour origine une tumeur gênant le développement normal de l'utérus conduisent à l'intervention, du moins si la tumeur est facilement accessible.

La myomectomie est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible et ce sont les cas plus fréquents. Son pronostic s'est beaucoup amélioré. Sur 116 cas réunis par Cotte et Creyssel d'une part, par Labey d'autre part (114 myomectomies abdominales et 2 myomectomies vaginales) il n'y a eu que 2 morts maternelles et 18 avortements postopératoires.

C'est donc uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie.

Lorsque le fœtus est arrivé à la période de viabilité, l'opération, quelle qu'elle soit, doit être précédée de la césarienne.

Rapport de M. TIXIER (de Lyon).

Le fibrome de l'utérus est une tumeur bénigne compatible avec l'existence du sujet qui la porte. Ce sont les complications du fibrome qui mettent la vie en danger. Etudier les indications du traitement chirurgical des fibromes revient donc à établir quelles sont celles de ces complications qui relèvent uniquement de l'intervention ou qui trouvent en elle la thérapeutique la meilleure.

1. **Indications d'un traitement chirurgical d'urgence.** — L'indication opératoire peut s'imposer, rarement il est vrai, avec un caractère d'extrême urgence, et ceci dans trois circonstances ;

1° Des troubles mécaniques modifient brusquement la nutrition du fibrome, c'est la *torsion*, ou déterminent une compression de l'intestin, c'est l'*occlusion intestinale*.

2° Des phénomènes *infectieux* et septiques agissent directement sur la tumeur et produisent la *suppuration* ou la *gangrène* du fibrome, ou déclanchent une *péritonite aiguë*.

© BIU Santé

3e Des ruptures *vasculaires* peuvent être l'origine d'hémorragies rapidemment menaçantes pour la vie.

Les complications brusques se traduisent par des signes variables suivant que la tumeur a eu une évolution sous-séreuse, et abdominale ou intra-utérine et vaginale. D'où deux types cliniques.

A. **Type vaginal.** — Il s'agit le plus souvent d'un polype fibreux dont le pédicule est *tordu* ou *comprimé*. L'accouchement par le vagin d'un semblable polype est un mode de guérison spontanée ; le travail se fait lentement, sans accident et le chirurgien n'a qu'à cueillir la tumeur.

Mais celle-ci peut être assez volumineuse pour qu'au passage du col utérin elle soit ischémiée puis sphacélée. L'opération devient alors plus importante, il faut accoucher opératoirement le fibrome.

Le *sphacèle* peut lui-même s'accompagner de suppuration intense et de *septicémie utérine*. Il est nécessaire, dans ces conditions, d'intervenir par la voie abdominale et de faire l'hystérectomie.

Enfin une *hémorragie* abondante peut se produire. Tout en se rappelant qu'une fibromateuse peut saigner d'une façon impressionnante sans que sa vie soit vraiment en danger, le chirurgien pourra être amené à prendre une décision immédiate. Mais avant de songer à l'hystérectomie, il aura recours aux moyens hémostatiques ordinaires, voire à la transfusion, qui suffiront le plus souvent.

B. **Type abdominal.** — La *torsion intra-abdominale des fibromes utérins* est brutale. La malade, en pleine santé, ressent brusquement des douleurs très vives. Elle demeure immobile, couchée, les genoux repliés sur le bassin. Un état syncopal est de règle. On peut penser à un kyste de l'ovaire ; l'erreur est sans importance : dans les deux cas il faut opérer. On réalisera suivant les cas, une myomectomie, une polypectomie, une hystérectomie.

Les fibromes interstitiels ou sous-séreux sont susceptibles de se *gangréner* et de *suppurer*, bien que le fait ait été mis en doute. Ce sont les signes généraux qui appellent l'attention : température élevée, frissons, céphalée, vomissements, tachycardie, langue saburrale.

L'intervention radicale s'impose, quoique, dans de telles conditions, la malade soit particulièrement shockée et peu résistante.

Une *péritonite aiguë*, une *hémorragie intrapéritonéale* cataclysmique, comme on peut en observer dans les fibromes télangiectasiques, exigent de même une intervention rapide ; dans ces cas, le fibrome passe au second plan. C'est la péritonite qu'il faut traiter de suite, c'est l'hémorragie, qu'il faut tarir d'abord.

II. **Indications générales du traitement chirurgical des fibromes.** — Le fibrome réclame, en somme, exceptionnellement une intervention d'urgence. La thérapeutique chirurgicale de cette affection est une thérapeutique « à froid » dirigée contre des accidents qui évoluent d'une façon lente et torpide. Presque toujours c'est l'exagération d'un symptôme habituel qui décide à opérer.

Exagération ou modification des symptômes habituels. — Les *hémorragies* sont rarement à elles seules une indication. L'anémie vraie qu'elles provoquent cède en général aux moyens médicaux. Mais le teint cireux de certaines fibromateuses, les œdèmes et les troubles vasculaires qu'elles présentent et qui peuvent coexister avec une anémie marquée, relèvent le plus souvent de la nature histologique de la tumeur qui déverse dans le sang des *lipoïdes hémolytiques* — ou du volume de cette tumeur qui comprime les vaisseaux et les uretères. Dans ces conditions, il est clair que l'exérèse chirurgicale s'impose, mais elle vise moins la suppression de l'hémorragie que celle de l'infection et de la compression et il faut noter qu'elle est ici particulièrement grave.

L'*exagération de la leucorrhée*, chez une femme jeune, doit faire penser à la possibilité du sphacèle, soit d'un fibrome sous-muqueux, soit d'un fibrome interstitiel exposé, et l'indication d'intervenir peut devenir urgente.

Chez la femme âgée, une leucorrhée persistante qui empèse le linge et répand une odeur fade et tenace, est parfois le premier signe d'un cancer du corps.

La *douleur* est peu marquée au cours de l'évolution du fibrome utérin ; quand elle s'exagère la tumeur devient suspecte. On se souviendra qu'elle est spontanée dans le léiomyome, provoquée par la palpation dans le sarcome et qu'elle coïncide dans les deux cas avec un affaissement rapide de l'état général.

Chez les vieilles femmes on peut admettre qu'un utérus fibromateux qui devient douloureux est un utérus cancéreux.

L'indication thérapeutique est l'intervention chirurgicale dans tous les cas.

En dehors de l'exagération de ces symptômes habituels, d'autres conditions peuvent imposer l'acte chirurgical, en particulier les *modifications de consistance de la tumeur*.

Le fibrome pur est uniformément résistant et élastique ; il est aisé de s'en assurer par la palpation et le toucher. Mais quand la tumeur est multilobulée, ce contrôle devient difficile. Or les modifications tissulaires ont une valeur diagnostique et pronostique considérable.

La tumeur est particulièrement ferme dans la dégénérescence fibreuse ; c'est un bon processus de guérison qui peut être utilement aidé par la physiothérapie.

Dans la dégénérescence calcaire, le fibrome est dur « comme de la pierre ». Si dans ces conditions il devient douloureux et si l'état général semble décliner, l'exérèse est indiquée, car des phénomènes de mortification toxique menacent l'organisme. Traiter semblable fibrome par les rayons seraient parfaitement inutile et parfois dangereux.

Une consistance molle, gélatineuse, quasi fluctuante traduit la dégénérescence œdémateuse et la transformation kystique avec troubles vasculaires menaçant la nutrition de la tumeur. Il serait alors imprudent d'user des agents physiques ; mieux vaut prendre le bistouri.

Il en va de même toutes les fois que le fibrome de consistance normale présente une série de lobes plus ou moins pédiculés.

Enfin, une sensation de mollesse pâteuse caractérise le fibrome « en dégénérescence rouge ». L'hystérectomie en est le seul traitement ; encore faut-il qu'elle soit totale ; il s'agit souvent, en effet, d'une forme atténuée de léiomyome malin.

Le chirurgien est encore appelé à intervenir en raison de *troubles urinaires* graves. La rétention d'urine est le plus fréquent de ces troubles. Elle apparaît surtout le matin et peut être intermittente, totale et définitive, ou au contraire prendre les caractères de la rétention chronique incomplète. Elle impose le cathétérisme et par suite toutes les complications inhérentes à l'infection urinaire des rétentionnistes.

L'obstacle mécanique cause de la rétention est constitué par l'enclavement pelvien de l'utérus qui a basculé en arrière sous le poids d'un fibrome de la paroi postérieure du corps utérin. C'est la rétroversion qui crée la rétention et cette rétroversion persistera aussi longtemps que le noyau fibreux sera appendu à l'utérus. Il faut l'enlever ; on ne saurait attendre la réduction lente et aléatoire du volume de la tumeur sous l'influence de la physiothérapie.

Les *troubles rénaux* sont à peu près constants dans les fibromes d'un certain volume. Ils sont la conséquence d'une compression, d'un soulèvement ou d'un étirement des uretères. Une gêne permanente dans l'évacuation de l'urine entraîne la dilatation progressive du bassinet et des calices. Le parenchyme rénal lui-même finit par souffrir. La pyonéphrose et le phlegmon périnéphrétique ne sont pas exceptionnels. Des troubles cardiaques s'installent : palpitations, hypertension artérielle, œdèmes périphériques, exceptionnellement anurie.

La constatation de ces troubles ne doit pas logiquement faire rejeter l'intervention, car le véritable moyen de soulager le rein est d'enlever la tumeur. Mais l'opération sera précédée d'une préparation soigneuse de la malade qu'on mettra quelques jours en observation. Il conviendra d'ausculter son cœur et son poumon, de prendre sa température, d'établir le taux de son urée sanguine et de juger la valeur fonctionnelle de son rein par la constante d'Ambard.

Toutes les fois que l'on notera une déficience sensible du rein il faudra rejeter l'idée d'un traitement par les moyens physiques. Son action est trop lente, et les phénomènes de résorption qui suivent son application ne peuvent qu'imposer à l'organisme un travail supplémentaire dangereux.

Complications. — Une indication très spéciale de l'intervention chirurgicale est fournie par l'existence de la *nécrobiose* ou gangrène aseptique des fibromes. Elle peut accompagner indifféremment les tumeurs sous-péritonéales et les tumeurs interstitielles non exposées.

Ce sphacèle aseptique est dû à l'ischémie du fibrome. Tous les procédés physiothérapiques sont contre-indiqués ; et même il est permis de penser que ces procédés appliqués d'une façon intempestive sont capables par leur seule action de provoquer cette nécrobiose.

L'*infection* est la cause du plus grand nombre des complications des fibromes. Elle peut se fixer soit sur l'utérus fibromateux, soit sur les annexes.

L'*endométrite infectieuse* est une des causes de la fièvre des fibromes. De là partent les thromboses pelviennes qui se ma-

◆◆

© BIU Santé

nifestent sous forme de phlébites des membres ou d'embolies pulmonaires. L'acte opératoire est grave chez de telles malades mais est seul capable de les sauver.

Les *complications annexielles* sont les plus fréquentes. Il s'agit tantôt d'annexites latentes et torpides, tantôt d'une véritable suppuration salpingienne. Le diagnostic en est parfois difficile. La douleur, surtout quand elle est réveillée par la palpation profonde latéro ou rétro-utérine, une température constante doivent faire songer à la salpingite. La chirurgie, sans présenter nécessairement le caractère de l'urgence est ici presque toujours indiquée. Seule elle est prudente alors que la radiothérapie est au moins inactive et la curiethérapie dangereuse.

La *transformation maligne des fibromes* de l'utérus peut aboutir soit au sarcome, soit au léiomyome suivant que la dégénérescence frappe le tissu fibreux ou le tissu musculaire lisse. Il est difficile de saisir cliniquement le moment précis de la transformation.

La *dégénérescence sarcomateuse* serait de deux p. cent d'après Piquand. C'est d'ordinaire au moment de la ménopause qu'elle se manifeste par une exagération de tous les symptômes du fibrome et l'apparition de phénomènes douloureux. A la palpation la tumeur est de consistance inégale avec des zones de ramollissement.

La décision thérapeutique dépendra de l'existence ou de l'absence de noyaux secondaires. Toute méthode active est naturellement contre-indiquée en cas de généralisation. Dans les autres cas on pratiquera une hystérectomie totale. La mortalité opératoire est voisine de 10 p. 100, mais dans l'état actuel de nos connaissances sur le traitement des sarcomes en général, personne n'ose espérer mieux des méthodes physiothérapiques.

La thérapeutique des léiomyomes est encore plus décevante.

Quand il y a *coexistence d'un fibrome utérin et d'un cancer du col ou du corps*, le seul traitement rationnel est l'hystérectomie abdominale élargie à la « Rièss-Wertheim ».

On voit, par cet exposé détaillé, que les indications de l'intervention chirurgicale se présentent avec une fréquence extrême au cours de l'évolution des fibromes utérins.

L'excellence d'un traitement se juge en définitive par sa mortalité. Or, celle-ci ne dépasse pas 5 p. 100 dans l'hystérectomie abdominale. Ce pourcentage peut encore s'améliorer, car quelques morts paraissent s'expliquer par l'infection opératoire.

Dans les cas de tumeurs sphacélées ou manifestement septiques, on devrait opérer plus souvent par la voie vaginale ou pratiquer des hystérectomies à pédicule externe. Le drainage abdomino-vaginal et le drainage à la Mickulicz, trop peu souvent employés, sauveraient encore quelques malades.

La mortalité par embolie est très élevée : 1 p. 100. Les gros fibromes des femmes à circulation veineuse ralentie sont particulièrement dangereux à ce sujet. On cherchera à éviter ce redoutable accident en supprimant toutes les causes de ralentissement circulatoire, ainsi l'injection de morphine et la purgation pré-opératoire, en surveillant la position de l'opérée au cours de l'intervention, en évitant de léser les vaisseaux par des manœuvres brutales.

En tenant compte des ressources précieuses qu'offre la physiothérapie, la chirurgie des fibromes doit être essentiellement *conservatrice* ou essentiellement *radicale*.

Il faut étendre les indications de la myomectomie qui laisse l'utérus intact, car il est important pour une femme de garder le plus longtemps possible une vie physiologique normale, laquelle est essentiellement conditionnée par la persistance de la fonction menstruelle. La sécrétion interne ne suffit pas, il faut conserver l'utérus.

Mais quand la chirurgie des fibromes ne peut plus être nettement conservatrice, elle doit être essentiellement radicale. Puisque l'utérus doit être sacrifié, il faut du même coup supprimer les ovaires qui sans la présence de la muqueuse utérine n'ont qu'une action physiologique discutable et qui parfois deviennent dans la suite le point de départ de douleurs ou le siège de lésions dangereuses.

(*A suivre.*)

CHASTENET DE GÉRY et DARIANS

IVe CONGRÈS
DES
PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(*Paris, 29-30 septembre et 1er octobre* 1924)

1re RAPPORT. — **Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance.** — MM. RIBADEAU-DUMAS et ROCHER (de Bordeaux), rapporteurs.

Dans leur court préambule, les rapporteurs insistent sur la fréquence de la pleurésie chez l'enfant à tous les âges : d'après NETTER, la pleurésie est purulente dans le tiers ou la moitié des cas (dans le quinzième des cas chez l'adulte).

Le traitement veut que le diagnostic soit précoce et précis, ce qui est souvent difficile, car la pleurésie peut être latente et méconnue pendant des mois, des années.

On peut distinguer deux grands groupes : 1° les pleurésies purulentes aiguës ; 2° les pleurésies purulentes chroniques.

I. Pleurésies purulentes aiguës. — De beaucoup les plus communes et très diverses. Les *éléments pronostiques et thérapeutiques* les plus importants se tirent du degré d'infection pulmonaire. Au cours des infections pulmonaires, l'épanchement est très fréquent (pleuro-pneumonie d'Andral) et la ponction des culs-de-sac sus-diaphragmatiques ramène souvent du liquide aseptique ou suppuré (Nobécourt) : citrin, louche, purulent ou opalescent.

L'épanchement est para ou méta-bronchopneumonique ou pneumonique. Pour certains rapporteurs, la suppuration pleurale marque la réaction, sinon la victoire de l'organisme sur l'infection : d'où la temporisation nécessaire avant l'intervention, d'où une intervention aussi économique que possible. Souvent, le liquide louche peu abondant d'une pleurésie métapneumonique se résorbe spontanément. La pleurésie parapneumonique est plus grave, car plus abondante, plus riche en microbes.

La mortalité opératoire est plus forte dans les cas précoces où l'infection était en pleine activité, ou dans les cas tardifs où la temporisation fut excessive.

Les *caractères bactériologiques* des pleurésies purulentes ont une grande importance pour le pronostic et le traitement. Le rapporteur rappelle les travaux classiques de A. Netter qui a montré la fréquence du pneumocoque dans l'enfance (74 p. cent), souvent pur (63 p. 100). Le type I du pneumocoque surtout serait pyogène. La fragilité relative du pneumocoque ne doit jamais être une cause d'abstention opératoire.

Les *complications* sont communes et assombrissent le pronostic ; l'apparition d'une fièvre éruptive le rend redoutable.

Les *interventions* pratiquées dans la pleurésie purulente des enfants sont de trois ordres : thoracentèse, siphon-drainage, thoracotomie ; de ces interventions, les unes assurent le drainage à thorax fermé, les autres à thorax ouvert.

Ces procédés se sont singulièrement perfectionnés depuis Piorry qui, en 1864, eut l'idée d'appliquer l'aspiration aux pleurésies purulentes.

A. *Thoracentèse.* — Pratiquée avec un trocart large, elle doit être lente, sinon interrompue plusieurs fois. Son siège est déterminé par les signes physiques. L'évacuation complète serait difficile et ne doit pas être recherchée. S'il y a pneumonie ou broncho-pneumonie il faut en effet craindre avant tout la thoracotomie large qui choque le sujet, aggrave les lésions pulmonaires, complique la situation cardiaque. La rechute est fréquente : une ou plusieurs autres thoracentèses peuvent être utiles à quelques jours d'intervalle.

La méthode des *ponctions avec injections antiseptiques* est déjà ancienne (Aran) : Nobécourt a préconisé le bleu de méthylène à 5 p. 100, Netter l'électrargol, Pissavy l'uroformine à 25 centigrammes par centimètre cube. Mais cette méthode des injections a été sévèrement jugée par plusieurs : elle ne vise d'ailleurs qu'à relever l'état général pour permettre l'intervention chirurgicale.

B. Le *siphon-drainage* est une méthode simple, non choquante, employée au lit du malade, sans anesthésie ; une canule-trocart, soit ronde, soit aplatie, est introduite dans un espace intercostal déclive ou parfois au travers de la côte (Sedillot, Robinson-Samuel).

Cette méthode semble avoir la faveur des pédiatres anglais, américains, allemands, et ne s'accompagne par de pneumothorax. Les rapporteurs cependant ne la croient pas très pratique chez le nourrisson, qui peut déplacer l'appareil ; de plus, elle ne met point à l'abri de la thoracotomie.

© BIU Santé

C. Les *thoracotomies* comprennent :

a. Pleurotomie simple ou opération de l'empyème ;

b. Pleurotomie avec résection costale ;

c. Thoracotomie transcostale par trépanation de la côte, peu usitée.

Ces opérations s'appliquent aux pleurésies purulentes mal drainées ou récidivantes, ou d'une façon générale traînantes.

La meilleure thoracotomie est celle qui établit un drainage dans la zone déclive, qui est économique et à laquelle on a joint le siphonage pleural. Anesthésie locale de préférence.

Les rapporteurs décrivent les procédés de thoracotomie à *volet* ou à *soupape* : la pleurotomie *valvulaire* de Grégoire (*in* Thèse Tourneix, Paris, 1923) leur paraît constituer un des procédés les plus ingénieux de drainage à thorax fermé et applicable à l'enfant.

La *résection* costale ne complique que fort peu l'acte opératoire chez l'enfant au-dessus de deux ans. Cependant, les rapporteurs donnent la préférence à la pleurotomie simple sans résection.

La préférence actuelle des chirurgiens se porte vers les procédés de drainage à thorax fermé (thoracotomie minima). La décompression brusque serait funeste : il convient de n'ouvrir que d'une façon minime. Le pus, à sa sortie du thorax peut être recueilli par aspiration électrique. Dans la boutonnière pleurale est introduit un *tube-siphon* (techniques de Vignard, de Delbet, drain de Delagenière). On pourrait terminer l'opération en « ourlant » la plèvre (Péraire) ou en faisant la suture totale de la plaie (Hathwaï, d'Oxford).

» Le résultat des thoracotomies est surtout conditionné par la qualité des soins post opératoires », lavages de la plèvre (non toujours tolérés), fonctionnement du drainage, *état du poumon*, état général...

Les rapporteurs ont relevé de nombreuses statistiques opératoires ; parmi elles, celle de Comby avec 144 cas : au-dessus de cinq ans, mortalité 32 p. 100 ; au-dessous de cinq ans, 54 p. 100.

II. Pleurésies chroniques. — Toutes les pleurésies purulentes sont chroniques, mais c'est à la tuberculose surtout qu'appartient la pleurésie insidieuse et prolongée. Le diagnostic en est délicat : il semble qu'il faille, dans la tuberculose, rejeter la thoracotomie et s'en tenir aux ponctions plus ou moins espacées. L'injection de liquides modificateurs n'est suivie d'aucun succès, mais les injections d'air ou d'azote sont très recommandables. Une thoracotomie est susceptible de provoquer des fistules interminables, etc. Il peut arriver que la cachexie, la fièvre, l'expectoration abondante, fassent penser à la phtisie. C'est alors qu'on peut tenter parfois le *pneumothorax artificiel* (Comby).

Sérothérapie et vaccinothérapie. — Le sérum antipneumococcique a été injecté sous la peau, dans les veines, dans les cavités pleurales. Il n'agit, d'après Nobécourt et Paraf, que sur les variétés I et II : on injecte chez le nourrisson, après évacuation de la plèvre, 5 à 10 centimètres cubes, et en même temps 3 centimètres cubes dans le poumon. Les rapporteurs ne croient point que l'injection intrapulmonaire soit « toujours opportune ».

L'efficacité du sérum antistroptococcique a été souvent contestée.

Par contre, le sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur semble très efficace.

La vaccinothérapie a été pratiquée volontiers par les Italiens, vantée par Tuffier, Peugniez, M. Renaud au Congrès de chirurgie, tentée par Dufour et Debray, d'Elsnitz (dans les pneumonies et broncho-pneumonies).

La conclusion de J. Tourneix semble aux rapporteurs très légitime : « Séro ou vaccinothérapie et intervention sanglante ne doivent pas s'opposer : c'est par la combinaison de ces deux méthodes que l'on obtiendra les meilleurs résultats. » Il semble que, dans tous les cas, le pronostic de la pleurésie purulente du *nourrisson* doive être réservé.

2e Rapport. — **Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile** (rapporteur : M. Léon Tixier).

Le rapporteur limite son travail à la syphilis héréditaire, dont l'importance et la fréquence sont considérables : la plupart des statistiques s'accordent à évaluer la mortalité globale infantile à 50 p. 100 au moins, dans les ménages atteints de syphilis.

A. *Prophylaxie proprement dite*. — La recherche de la déviation du complément a vérifié les lois de Colles Baumes, de Profeta et de la *syphilis conceptionnelle* de Fournier. Le rapporteur tient pour indiscutables des observations de syphilis de deuxième et même de troisième génération. D'après A. Simon (rapport devant la Société française de dermatologie et syphiligraphie, 24 juin 1920), il lui paraît « plus raisonnable d'autoriser le mariage lorsqu'il n'existe aucune lésion viscérale nerveuse grave, lorsque les traitements arsenico-mercuriels ont été très régulièrement suivis, sans se montrer trop exigeant sur les recherches de laboratoire, trop souvent impossibles à obtenir en série : la véritable prophylaxie consistant à concentrer tous les efforts thérapeutiques sur le traitement de la femme pendant la grossesse ».

Le traitement de la femme enceinte doit être d'autant plus sérieux que les réveils de la virulence du tréponème, à l'occasion de la grossesse, sont d'observation courante. On ne doit jamais conclure d'une réponse sérologique négative à l'abstention thérapeutique. Le rapporteur accorde toutes ses préférences au traitement arsenical qu'il innocente de toute action abortive (Pomaret et Benoît, Gougerot) : « Le seul procédé pour obtenir un enfant qui soit presque à coup sûr à l'abri des manifestations spécifiques, est de faire pendant la grossesse deux ou trois séries d'injections intraveineuses. » D'ailleurs M. Comby a récemment apprécié au Maroc les effets heureux de cette médication. A doses petites et intermittentes, la médication arsenicale développerait l'arséno-résistance : ce serait une réactivation. Le traitement s'impose même si la femme d'un syphilitique est saine en apparence.

B. La *surveillance des procréateurs* et des enfants doit être attentive en ville, à l'hôpital et dans les dispensaires. La réaction de Bordet-Wassermann précède généralement d'une semaine l'éclosion des accidents chez le nourrisson ; elle doit être poursuivie en série. Avec son aide, les cliniciens ont pu évaluer à 5 p. 100 (Lesné) et même à 19 ou 20 p. 100 (Margan-Lemaire) les enfants hospitalisés suspects de syphilis.

C. Le rapporteur, envisageant les *mesures pour faire connaître les conséquences funestes et les remèdes* de la syphilis, fait allusion à la grave question de la déclaration obligatoire : du moins celle-ci est-elle réclamée par Findlay (Angleterre).

A côté du traitement par le mercure et l'arsenic, le bismuth semble devoir prendre une place importante. Le mercure, d'ailleurs, est loin d'avoir été délaissé, et, bien manié, rendra encore de très grands services.

a. Chez le *nourrisson*, les lésions sont souvent diffuses : d'où supériorité des arsenicaux ; la voie intra-veineuse sera préférée, car l'action est plus rapide : jugulaire externe (Blechmann), veines épicrâniennes (Cassorts et Teissonnière), mais c'est avec raison que le rapporteur a adopté la voie du tissu longitudinal supérieur. Doses : 0 gr. 010 par kilogramme pour la première injection ; 0 gr. 015 pour la deuxième ; 0 gr. 020 pour les suivantes. Mais H. Barbier ne dépasse pas 0 gr. 01 par kilogramme.

Au-dessous d'un an, quand l'état général est mauvais, il est prudent de ne point dépasser 0 gr. 02 au total à la première injection. La conduite générale du traitement sera réglée suivant chaque cas particulier. En général, les séries séparées par un mois de repos comprennent six injections hebdomadaires : le traitement est continué « pendant un an et demi au moins » (M. Pinard). Les accidents locaux ou généraux sont exceptionnels. La voie intraveineuse donne des résultats plus rapides que la voie sous-cutanée : celle-ci cependant est de plus en plus employée (mêmes doses totales à raison de deux injections par semaine). D'ailleurs, les voies gastrique, rectale, ont été aussi expérimentées récemment avec succès : les statistiques globales sont impressionnantes.

Le mercure, beaucoup moins employé aujourd'hui, conserve des partisans (Comby et Lesné) qui l'emploient concurremment avec l'arsenic ; l'injection intraveineuse de cyanure au 1/1000 (Lacapère), intramusculaire de benzoate ou biiodure, la friction mercurielle d'action si remarquable, enfin l'ingestion (lactate de mercure ou poudre grise) qui paraît moins recommandable.

Le *bismuth* paraît modifier plus lentement, mais de façon plus durable que l'arsenic, la séro-réaction. Les doses sont proportionnellement plus fortes que chez l'adulte.

L'*iodure de potassium* est peu utilisé chez le nourrisson. En résumé, médicaments nombreux et efficaces et techniques nombreuses, mais il faut se garder de faire un traitement systématique basé sur des règles immuables.

b. Dans la *deuxième enfance*, le traitement diffère peu de celui usité chez l'adulte. Le rapporteur remarque que les faits de résistance au mercure ne sont pas exceptionnels. Il est bien difficile d'assurer une durée au traitement : aucune règle fixe.

c. Les *manifestations locales* appellent-elles un traitement par un agent déterminé ? (cyanure de Hg pour les lésions oculaires d'après Abadie, ou bismuth pour les lésions nerveuses) ? Le rapporteur n'ose se prononcer.

© BIU Santé

d. Alors même que la *syphilis héréditaire est latente*, le rapporteur préconise un traitement : « même sans stigmates, il peut y avoir des réveils très tardifs » à la deuxième génération.

A côté du traitement proprement dit, que le médecin a peine à poursuivre tant à la ville (A. Fournier) qu'au dispensaire, le traitement des dystrophies s'impose (opothérapie). Enfin, le traitement général ne doit pas être négligé non plus que les eaux minérales (Uriage, Luchon, Cauterets, Ax, Barèges, Challes, Allevard, La Bourboule, Saint-Honoré, etc.).

3e Rapport. — **Etiologie et pathogénie du rachitisme**, par E. Lesné, L. de Gennes et Vagliano. — Le rachitisme a vu, dans ces dernières années, se renouveler l'histoire de sa pathogénie. La découverte du rachitisme expérimental de l'animal, les recherches biologiques d'ordre physico-chimique, ont ouvert sur la genèse de la maladie des horizons nouveaux, et ont abouti à la mise en œuvre de moyens prophylactiques et curatifs d'une puissance inconnue jusqu'ici.

Les *théories anciennes* qui, pendant longtemps, dominèrent la pathogénie du rachitisme, furent aussi nombreuses que contradictoires. Les rapporteurs en font l'historique.

Les recherches expérimentales récentes des écoles anglaise et surtout américaine ont jeté sur la genèse de la maladie une lumière nouvelle.

Rachitisme expérimental. — Mellamby, le premier, parvint à déterminer chez l'animal des lésions semblables à celles du rachitisme humain, qu'il attribuait à la carence du régime en vitamine A liposoluble. Cette théorie ne résista pas au contrôle expérimental dans les mains d'autres observateurs.

En 1921, Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park reprirent ces expériences et bientôt Sherman, Pappenheimer, Mac Cann, Zucker et Hess fixaient les bases d'un régime, riche en éléments nutritifs et en vitamine A, mais carencé en phosphore qui déterminait régulièrement chez le jeune rat blanc *en période de croissance* l'apparition de lésions rachitiques. Donc, la seule carence phosphorée est responsable des lésions du rachitisme expérimental.

Ces expériences, reprises en Amérique, furent soumises en France par Lesné, de Gennes et Vagliano à toute une série d'épreuves de contrôle.

Les lésions obtenues chez l'animal reproduisent en quatre ou cinq semaines, tant macroscopiquement qu'histologiquement, celles du rachitisme humain. Les rapporteurs montrent leurs coupes histologiques.

Ces résultats ont été complétés par l'étude de trois facteurs dont l'influence sur le rachitisme est indéniable.

a. L'huile de foie de morue, tant vantée par Trousseau et Bretonneau dans la cure du rachitisme, exerce sur la maladie expérimentale, non seulement un rôle préventif, mais encore une action curative. Lesné et Vagliano montrèrent ce fait curieux que l'huile de foie de morue introduite dans l'organisme par voie parentérale perd tout pouvoir antirachitique tandis qu'elle conserve ainsi son action sur la croissance. Le facteur actif (facteur X) n'est donc pas une vitamine ; il est indépendant de la vitamine A. Il a été retrouvé dans le foie de certains poissons, mais l'huile d'olive et les autres huiles végétales en sont entièrement dépourvues. Le facteur antirachitique passe dans le lait de vaches qui ingèrent de l'huile de foie de morue. Il existe aussi dans le jaune d'œuf.

b. Le rôle de la lumière, dès longtemps prévu par l'étude des faits cliniques, a été bien mis en évidence par des expériences récentes.

C'est à Hulschindsky qu'est due la découverte de l'action remarquable des rayons ultra-violets, seule partie active du spectre solaire.

Les rapporteurs, reprenant cette étude, montrèrent que les rayons de la lampe à arc ou à vapeur de mercure étaient, au moins sous nos climats, infiniment plus efficaces que les rayons solaires.

c. Enfin, l'injection parentérale d'adrénaline fournit chez les rats soumis au régime rachitigène des résultats moins rapides, mais comparables à ceux que fournissent le phosphore, l'huile de foie de morue ou la lumière.

***

Le rachitisme humain semble devoir relever *a priori* d'origines bien différentes de celles du rachitisme expérimental.

On ne trouve en effet à sa base aucune carence phosphorée ou calcique.

La syphilis et la tuberculose nous ont paru ne représenter que des causes assez rares.

Par contre, il faut faire une part beaucoup plus large aux troubles digestifs prolongés de la première enfance et aux erreurs de régime.

L'abus ou l'usage trop précoce des farineux (pain, farine lactée) ont paru constituer les causes les plus vraisemblables dans un grand nombre de cas. Il s'agirait ici, non plus d'une carence directe, mais bien d'une *carence d'assimilation*.

Il faut insister enfin sur le rôle capital du confinement et de la *carence solaire* (Woringer).

Pas plus que le lait de vache, le lait de femme ne renferme de facteur antirachitique ; aussi ces différentes causes peuvent-elles réaliser le rachitisme même chez l'enfant nourri au sein.

***

Les racherches modernes ont mis en évidence l'importance majeure du facteur humoral dans la pathogénie du rachitisme.

Le taux du calcium n'est abaissé que de manière inconstante.

Le phosphore inorganique du sérum, au contraire, est diminué d'une façon si considérable et si *constante* qu'on peut faire de l'hypophosphatemie le signe humoral du rachitisme, mais non point sa cause directe.

Pour certains auteurs, le rôle du phosphore serait de s'opposer à la prolifération anarchique des cellules qu'on rencontre dans le cartilage rachitique ; pour d'autres, l'hypophosphatémie agirait en empêchant la fixation du calcium sur les extrémités osseuses.

L'influence préventive et curative de l'huile de foie de morue et de l'adrénaline s'explique vraisemblablement par l'action qu'elles exercent sur le métabolisme phospho-calcique. De même, l'influence préventive et curative des rayons ultra-violets relève d'un processus général qui ne peut agir que sur le sang circulant dans les capillaires superficiels, ou sur les terminaisons nerveuses cutanées, ces rayons de courte longueur d'onde ne traversant pas la peau.

Il est possible que cette action se transmette aux glandes endocrines qui agissent à leur tour sur le système régulateur de l'équilibre minéral du sang.

En réalité, le mode d'action de ces facteurs reste encore mystérieux.

Ces données expérimentales ont permis de préconiser et d'appliquer au rachitisme des traitements nouveaux d'une puissance inconnue jusqu'ici. Les rayons ultra-violets ont une action remarquable, curative et préventive : avec l'aide de l'hygiène générale et diététique, ils diminueront la fréquence du rachitisme.

L'anatoxine diphtérique dans la prophylaxie et le traitement de la diphtérie. — MM. Lereboullet, Boulanger-Pilet et Lelong insistent sur l'importance, dans la prophylaxie de la diphtérie, de l'anatoxine découverte par Ramon. Toxine diphtérique modifiée de telle façon qu'elle a perdu toute toxicité tout en conservant son pouvoir antigénique, l'anatoxine réalise le moyen idéal pour obtenir l'immunisation antidiphtérique ; la vaccination par l'anatoxine est simple, inoffensive, et, semble-t-il, d'une efficacité durable. L'immunisation des enfants est obtenue à l'aide de deux injections, l'une de 1/2 cc, l'autre d'un cc. faites à trois semaines d'intervalle. Cette vaccination devrait être pratiquée dès maintenant dans toutes les collectivités où l'on dispose des jeunes enfants pendant quelques semaines : (hôpitaux, crèches, écoles), de préférence entre 2 et 5 ans, le tout jeune enfant semblant s'immuniser plus difficilement et le plus grand enfant faisant plus aisément des réactions.

Par contre, les services que pourrait rendre l'anatoxine dans le traitement de la diphtérie sont encore incertains ; les essais commencés par les auteurs dans les diphtéries graves, dans les paralysies diphtériques, vis-à-vis des porteurs de germes, s'ils ont confirmé l'immunité de l'anatoxine, ne sont pas suffisants pour établir son action thérapeutique.

L'anatoxi réaction de Zoeller chez l'enfant. — MM. Lereboullet, Boulanger-Pilet et Lelong apportent les résultats des recherches qu'ils ont poursuivies chez l'enfant par l'anatoxi-réaction diphtérique de Zoeller, et sur sa signification biologique.

L'étude comparée de cette réaction et de la protinéo-réaction banale (au sérum de cheval), de la réaction de Schick, de la pseudo-reaction de Schick de la cuti-réaction tuberculinique, prouve qu'elle a droit à l'autonomie. L'anatoxi-réaction ne peut s'assimiler à l'une quelconque des autres réactions ; les dissociations entre elle et les autres sont très fréquentes. Il semble donc bien que l'anatoxi-réaction soit le fait d'une hypersensibilité spéciale aux protéines du bacille diphtérique.

© BIU Santé

Sa signification biologique mérite d'être précisée. Pour Zoeller, alors que la réaction de Schick est le témoin d'un état d'immunité, l'anatoxi-réaction représente un état intermédiaire entre l'hypersensibilité et l'immunité, elle atteste l'existence d'une immunité incomplète qu'il appelle « allergie ». L'étude de la réaction, répétée en série pendant l'évolution de la maladie, montre que, dans les formes pseudo-membraneuses, la réaction est nulle ou faible au début ; qu'elle augmente peu à peu d'intensité (rapidement dans les formes bénignes, lentement dans les formes malignes) pour atteindre son maximum à la convalescence ; elle décline ensuite pour redevenir lentement négative. Elle est particulièrement fréquente et intense dans les formes atténuées et chez les porteurs de germes.

La réaction peut exister en dehors de la diphtérie, elle semble alors en relation avec des contacts antérieurs avec le bacille, et, dans l'ensemble, les réactions sont plus fréquentes à mesure qu'on les pratique sur des sujets plus âgés.

Les auteurs, d'accord avec Zoeller sur les constatations des faits, estiment toutefois que l'interprétation qu'il en propose reste encore hypothétique, et, en particulier, s'expliquent difficilement qu'un même sujet puisse en même temps avoir un Schick négatif, traduisant une immunité complète, et une anatoxi-réaction positive, qui, selon Zoeller, indiquerait une immunité incomplète.

Traitement de l'hérédo-syphilis à l'hôpital. — MM. Lereboullet et Brizard rapportent les résultats de leur expérience, au cours d'une année d'observations dans une consultation externe annexée au service hospitalier.

Dans celle-ci, ils ont pu suivre régulièrement et traiter 142 enfants, leur surveillance médicale a pu être assurée d'assez près, les parents les ont amenés facilement et aucun incident important n'a marqué les cures instituées. Le novarsénobenzol et le sulfarsénobenzol, plus rarement le stovarsol, ont été les arsenicaux employés ; le bismuth sous forme de quinio-bismuthate et le mercure sont souvent intervenus dans la cure d'entretien. Tous ces médicaments ont été parfaitement tolérés. Les indications de la cure ont été tirées moins des résultats de la réaction de Wassermann, exceptionnellement positive, que de la notion de la syphilis des parents et de la constatation d'accidents ou de stigmates témoignant de l'hérédo-syphilis. L'amélioration obtenue chez une série d'enfants vomisseurs, épileptiques, hypotrophiques, porteurs d'ulcérations atypiques ou de gommes, atteints d'ostéites, montre l'utilité du traitement. Moins nettement efficace, dans les dystrophies nerveuses il a sans doute une utilité lointaine.

Toujours admirablement toléré, il doit être entrepris, même en l'absence de signes cliniqués ou sérologiques, quand la syphilis des parents est certaine. Il peut être porté à des doses relativement fortes dans les cas rebelles et il semble souhaitable que, le plus tôt possible, se généralisent les consultations hospitalières où peut être ainsi organisé et surveillé le traitement de l'hérédo-syphilis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Décret portant réorganisation des études médicales.

L'*Officiel* vient de publier (11 octobre 1924) le décret annoncé depuis quelque temps, portant réorganisation des études médicales. Nous le publions *in extenso*, avec le rapport qui le précède.

Monsieur le Président,

Une organisation des études médicales aussi conforme que possible aux nécessités présentes de la profession médicale et aux progrès incessants des sciences de la nature et de la vie a toujours été une des préoccupations les plus pressantes des autorités universitaires qui ont la charge des facultés et des écoles de médecine. Si cette organisation a dû être remaniée à plusieurs reprises depuis cinquante ans, on ne saurait ni s'en étonner ni s'en plaindre. Les réformes générales de 1878, de 1893, de 1911, n'ont fait que suivre de développement de la science et de ses applications à la médecine sous toutes leurs formes. Un enseignement médical qui se fixerait dans des règles considérées comme définitives, fussent-elles parfaites au moment où elles auraient été établies, serait bientôt un enseignement suranné justement déprécié.

La réforme profonde faite en 1911 n'a pas échappé au sort commun. Conçue depuis plus de vingt ans, précisée enfin après les consultations et les délibérations les plus larges, par le décret du 14 novembre 1911, retardée de cinq ans par la guerre dans sa véritable application, elle a été presque aussitôt l'objet de critiques diverses qui ont fait ressortir les insuffisances ou au contraire les excès de certaines de ses dispositions les plus importantes, les difficultés, sinon les impossibilités qui en résulteraient et aussi la nécessité de tenir compte des renseignements nouveaux qu'avait donnés la guerre elle-même.

D'autre part, il apparut que ce nouveau régime si savamment édifié était bien complexe, qu'il faisait peser, par ses obligations comme par la tentation qu'il éveillait d'augmenter sans cesse le nombre des cours et conférences, une trop lourde charge scolaire sur la tête des étudiants, enfin que des connaissances accumulées et d'autant plus vite oubliées ne pouvaient tenir lieu d'un travail mieux ordonné, plus posé et plus réfléchi. Ainsi est né presque aussitôt le désir très vif et très justifié dans l'enseignement médical de procéder à une revision générale et à un amendement raisonné du régime de 1911.

Il ne s'agit pas, en effet, dans le projet, de proposer une véritable réforme et un autre régime, mais de tenir compte de ce que les premières expériences ont bien vite révélé. C'est dans le cadre même du régime actuel que les améliorations ont été recherchées. Certains projets très dignes d'attention allaient certes beaucoup plus loin ; ils auraient pu sans doute être retenus et leur application eût été très tentante, en un temps moins difficile, avec des installations transformées et des ressources largement accrues. Ce sera la tâche d'un avenir plus ou moins lointain de reprendre ces idées et de les rendre vraiment pratiques. Pour le moment, le projet ci-joint est un travail plus modeste, résultat d'une double consultation des facultés et de trois délibérations de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement supérieur. Il a semblé que ce quintuple examen était suffisant pour préparer une simple revision.

Au début même des consultations, une question s'est posée qu'il a fallu écarter. Depuis le régime de 1893, les futurs étudiants en médecine doivent faire à la faculté des sciences une année préparatoire de sciences physiques, chimiques et naturelles, d'où l'abréviation usuelle de P. C. N. Les facultés de médecine n'ont cessé de regretter pour la plupart cette initiation scientifique faite en dehors d'elles, qui d'après elle s'adapte mal aux études proprement médicales et prolonge sans grand profit la formation déjà si lente des futurs médecins. La question mérite certes d'être étudiée avec grand soin, peut-être un moyen terme pourra-t-il être trouvé. Mais il n'est pas possible, pour des raisons d'ordre général et financier, de revenir dès maintenant sur ce qui a été fait en 1893, surtout lorsqu'il ne s'agit pas d'une réforme d'ensemble, mais seulement de la mise au point du régime de 1911.

La modification la plus importante du plan des études médicales tel qu'il a été établi par le décret de 1911 est dans la répartition des diverses matières entre les cinq années préparatoires au doctorat en médecine. Il est prévu un premier cycle d'études morphologiques et biologiques de deux années, où la première année a été réservée à l'anatomie, à l'embryologie et à l'histologie, la seconde à la physiologie, à la physique et à la chimie médicales qui forment un ensemble parfaitement logique et auquel le développement de la science obligeait de réserver désormais une place plus importante. Des regrets ont été exprimés par les partisans d'un enseignement anatomique approfondi s'étendant sur les deux premières années. Mais c'est là une évolution fatale, qui s'est manifestée surtout depuis la guerre et imposée dans tous les pays où les études médicales sont fortement organisées. Comme on l'a dit, pour l'enseignement de la médecine, à la période proprement anatomique doit succéder la période physiologique. Au demeurant, pour calmer les inquiétudes exprimées, il a été prévu un enseignement complémentaire et pratique d'anatomie chirurgicale et médecine opératoire en quatrième année. C'est également dans le premier cycle, en deuxième année, qu'a été placée la bactériologie qu'il y a intérêt à étudier au début des études et de rapprocher des sciences enseignée dans cette seconde année.

La préoccupation s'est manifestée d'éviter autant que possible en troisième année l'encombrement et l'accumulation des matières que n'a pas su éviter le programme de 1911. Allégée de la bactériologie, de la médecine opératoire, de la chimie pathologique, qui rentrera de préférence dans la chimie médicale de deuxième année, des travaux pratiques de médecine expérimentale, laquelle se contentera utilement de démonstrations, avec un enseignement de parasitologie ramené à l'exposé des notions générales et essentielles, cette troisième année permettra ainsi une étude plus solide et plus efficace des matières qui y seront

© BIU Santé

maintenues et en particulier de la pathologie médicale et chirurgicale et de l'anatomie pathologique.

Réciproquement, il a paru possible de compléter le programme de la quatrième année qui était beaucoup plus restreint. A la pathologie chirurgicale et médicale, s'ajouteront la pathologie générale et l'enseignement pratique d'anotomie médico-chirurgicale et médecine opératoire. Quant aux spécialités, elles sont ramenées à six : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, maladies cutanées et syphilitiques, maladies contagieuses, psychiatrie infantile.

Enfin, en cinquième année, la déontologie serait réunie à la médecine légale. La pharmacologie et la thérapeutique, avec comme annexe l'hydrologie, formeraient un ensemble. La stomatologie ne comporterait pas d'examen spécial.

Il est incontestable que de cette nouvelle disposition des matières, il résulterait, pour le plus grand profit des études, plus de clarté, un enseignement plus solide, un allégement général sans sacrifices regrettables ; tout compte fait un très sensible progrès.

L'organisation même de ces études est l'objet d'améliorations diverses. Les inscriptions, sauf les exceptions prévues à l'article 6 du décret du 21 juillet 1897, devront être prises avant le 16 novembre au lieu du 1er décembre. Il serait vain de maintenir la disposition de l'article 6 du décret de 1911 qui oblige à soumettre le programme annuel de chaque enseignement au ministre, mais qui n'a jamais été appliqué. Les programmes seront seulement soumis à l'assemblée de la faculté et le doyen présentera sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de l'enseignement et ses programmes pendant la nouvelle année scolaire. Le régime de l'enseignement clinique et des stages ne présentente que de très légères modifications : il est cependant prévu une sanction efficace, soit le refus de l'inscription trimestrielle pour le manque d'assiduité aux stages.

Le système des examens de fin d'année n'est pas modifié malgré certains regrets exprimés à l'égard du régime antérieur à 1911, qui semblait plus souple, mais était beaucoup moins ordonné. La répartition des matières entre les divers examens et la nature des épreuves ne sont que la conséquence du plan général des études tel qu'il vient d'être exposé.

L'organisation même des examens subit quelques changements. Certaines facultés avaient demandé la liberté de faire faire pour certaines matières des épreuves écrites. Il a paru qu'il était difficile d'autoriser une telle liberté qui mettrait trop d'inégalité entre les épreuves et entre les facultés. On ne juge pas utile, d'autre part, de maintenir la limite de dix candidats pour chaque série d'oral, ni de prévoir plus de trois ou quatre juges par jury, d'imposer l'obligation de faire passer chaque épreuve devant le jury complet, dispositions trop souvent inapplicables mais sous la réserve que les résultats seront toujours établis en réunion plénière du jury. Les épreuves seront désormais cotées en chiffres, de 0 à 10. Pour chaque matière, toute note inférieure à 5 obligera le candidat à se présenter pour cette matière à la session suivante. Les questions posées aux candidats pourront être prises dans l'ensemble du programme de l'enseignement, même si le professeur n'en a exposé qu'une partie.

Le règlement des examens de clinique est assez sensiblement modifié. Les épreuves devront comprendre un stage d'un jour dans les services de deux au moins des membres du jury, avec examen d'un malade, puis rédaction dans un local isolé de l'observation relative au malade ; enfin examen récapitulatif à la faculté d'après le dossier constitué à la clinique, sans préjudice d'ailleurs des questions accessoires que pourraient poser chaque juge dans son service et le jury pendant l'examen récapitulatif. Ce régime est plus précis et plus sûr que celui de l'article 20 du décret du 29 juillet 1912. Il est destiné à rendre aux épreuves cliniques l'importance et l'efficacité qu'elles devraient toujours avoir.

Plus de précision est proposée également en ce qui touche la thèse. Le sujet devra être déposé deux mois avant la présentation et être approuvé par le futur président de la soutenance. Le jury sera composé de quatre membres au lieu de trois. Il a paru, contrairement à certaines opinions, qu'il était nécessaire de distinguer par une mention spéciale les meilleures thèses. Le candidat sera admis à cette épreuve, soit sans mention, soit avec la mention honorable ou très honorable.

Enfin une dernière question, souvent débattue, se présente pour les écoles préparatoires de médecine. Ces écoles, qui donnent l'enseignement de la troisième année, demandent instamment à faire également passer les examens qui terminent cette année. L'obligation de se présenter à ces examens dans une faculté prive en effet ces écoles de la plupart de leurs élèves de troisième année. La commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement supérieur, tout en reconnaissant la valeur de cet argument d'intérêt local, a estimé qu'en raison de l'importance décisive des études de troisième année pour l'entrée dans la carrière médicale et des ressources parfois insuffisantes à tous égards des écoles préparatoires, il convenait de ne rien changer au régime actuel et de laisser aux facultés le soin et la responsabilité de juger les résultats déjà acquis par les étudiants dont elles ont à achever la formation et qu'elles doivent conduire jusqu'au doctorat.

Telle est, dans ses parties essentielles, cette revision du régime de 1911 dont la nécessité s'est imposée d'une façon presque unanime. On ne peut espérer atteindre la perfection. Mais le projet de décret paraît bien représenter un effort de logique, de clarté, de simplification, d'adaptation aux résultats acquis et aux nouvelles tendances des sciences médicales qui aura pour effet de mieux garantir la valeur scientifique et professionnelle des médecins de demain et de maintenir à l'enseignement médical français le prestige qu'il ne peut garder qu'en ne se laissant jamais distancer dans la voie du progrès.

Décret

TITRE Ier

DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADES. INSCRIPTIONS. — LIVRET INDIVIDUEL.

Art. 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non comprise l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

A l'expiration de chacune des cinq années d'études, les étudiants sont tenus de satisfaire à un examen pour être autorisés à continuer leurs études.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

La première inscription de l'année scolaire doit être délivrée au plus tard le 15 novembre de chaque année, sauf dans les cas prévus au paragraphe 2 de l'article 9 du décret du 21 juillet 1897.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, modifié par le décret du 8 juillet 1914, et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret individuel au nom de chaque étudiant, dans les conditions prévues au décret du 31 juillet 1920.

Le livret, tenu à jour par les soins de l'administration de l'établissement où l'étudiant est inscrit, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens.

TITRE II

ENSEIGNEMENT

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine.

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programme d'enseignement

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté. Le doyen présente sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de l'enseignement et des programmes pendant la nouvelle année scolaire.

Art. 7. — Le doyen ou le directeur est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut, à cet égard, se faire aider par la commission scolaire.

© BIU Santé

Art. 8. — Dans chaque faculté ou école, il est fait, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

L'enseignement théorique, pratique et clinique est réparti entre les cinq années d'études, conformément aux indications du tableau ci-après :

Répartition des enseignements

ANNÉES	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE	ENSEIGNEMENT CLINIQUE
1re année	Embryologie.	Anatomie. Histologie.	Sémiologie appliquée dans les services généraux de médecine ou de chirurgie.
2e année		Physiologie (cours, démonstrations ou travaux pratiques). Physique médicale. Chimie médicale (y compris la chimie pathologique). Bactériologie.	Stage de médecine générale et chirurgie générale.
3e année	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale.	Anatomie pathologique. Obstétrique. Médecine expérimentale (cours et démonstrations). Éléments de parasitologie.	3e, 4e et 5e années : Stages de médecine générale et chirurgie générale. Stage d'accouchement (3 mois). et stages de spécialités. Ophtalmologie. Oto-rhino-laryngologie. Maladies cutanées et syphilitiques ; psychiatrie ; maladies contagieuses. Clinique de médecine infantile (2 mois).
4e année	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale. Pathologie générale.	Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	
5e année		Hygiène (avec démonstrations). Médecine légale (y compris la déontologie). Thérapeutique (y compris l'hydrologie). Pharmacologie. (Cet enseignement peut aussi être donné au cours du semestre d'été de la 4e année.	

Enseignement technique (travaux pratiques).

Art. 9. — Les exercices pratiques sont répartis ainsi qu'il est indiqué au tableau ci-dessus.

Chaque période d'exercices pratiques donne lieu, pour chaque étudiant, à l'attribution de deux notes inscrites au livre individuel, l'une pour le travail, l'autre portant sur une interrogation subie devant le chef des travaux à la fin de chaque période d'exercices pratiques.

L'échelle des notes est la suivante :

Très bien. — Bien. — Assez bien. — Passable. — Mal.

L'enseignement pratique de la médecine expérimentale et de la physiologie comprend des démonstrations au cours desquelles les étudiants, réunis par petits groupes, peuvent suivre les opérations exécutées par le professeur et ses aides.

Enseignement clinique.

Art. 10. — L'enseignement clinique, tel qu'il est indiqué au tableau ci-dessus, comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année ;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ;

3° Les enseignements cliniques de spécialité : dermatologie et syphiligraphie, psychiatrie, ophtalmologie, oto rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladies contagieuses. Les stages afférents à ces enseignements sont de deux mois. Ils sont effectués au cours des trois dernières années d'études. Durant ces mêmes années et dans le temps laissé libre par les stages de spécialités, sont accomplis, en outre, au moins un semestre de stage de médecine générale et au moins un semestre de chirurgie générale qui s'ajoutent, pour ces deux ordres d'enseignements, aux stages accomplis en deuxième année.

Art. 11. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.

Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années.

Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant, en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

Art. 12. — Chaque année, la période de stage est de neuf mois. En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances, sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 13. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'Assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine ou de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes et externes des hôpitaux pour l'accomplissement du stage obstétrical et des stages spéciaux.

Art. 14. — Les stagiaires de première année sont groupés dans les services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'Assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, obligatoirement, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital dans la mesure et avec les moyens propres à chaque faculté.

Art. 15. — Au cours de chaque période de stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

A la fin de chaque période de stage, il lui est délivré un certificat comprenant une note d'assiduité et une note de travail. Tout étudiant ne justifiant pas de l'assiduité aux stages et aux travaux pratiques ne peut être autorisé à prendre l'inscription trimestrielle

TITRE III

DES EXAMENS

Art. 16. — Les examens qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine sont de deux sortes :

1° 5 examens de fin d'année ;

2° 3 examens de clinique, comportant trois épreuves distinctes de clinique médicale, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Examens de fin d'année

Art. 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées, conformément au tableau inséré à l'article 8. Ils comprennent des épreuves pratiques et des épreuves orales réparties comme ci-dessous :

EXAMENS	EPREUVES PRATIQUES	EPREUVES ORALES
1er examen de fin d'année.	Anatomie. Histologie.	Anatomie. Histologie et embryologie.
2e examen de fin d'année.	Physique médicale. Chimie médicale (avec une épreuve de chimie pathologique). Bactériologie.	Physiologie. Physique. Chimie. Bactériologie.
3e examen de fin d'année.	Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie.	Anatomie pathologique. Médecine expérimentale. Parasitologie.
4e examen de fin d'année.	1re partie. — Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	Pathologie chirurgicale. Accouchements. Pathologie médicale.
	2e partie.....	Pathologie générale.
5e examen de fin d'année.	Pharmacologie.	Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

© BIU Santé

Dispositions générales

Art. 18. — La première session d'examens a lieu en juin-juillet de chaque année ; la deuxième en octobre-novembre.

Les dates des examens sont fixées par le doyen ou le directeur.

Sauf pour les examens de clinique, aucun examen individuel ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 19. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen ou du directeur, après avis de la commission scolaire, subir l'examen correspondant à son année d'études à la première session de juin-juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre-novembre, les candidats ajournés à la première session ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 20. — Les jurys des examens de fin d'année comprennent chacun trois ou quatre membres.

Leur composition est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales.

Peuvent en faire partie les professeurs titulaires, les professeurs sans chaire, les agrégés en exercice, les agrégés libres, les chargés de cours et, dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de docteur en médecine.

Art. 21. — Pour les épreuves pratiques et orales, le nombre de candidats à admettre par série sera réglé par le doyen ou le directeur, sur l'avis des professeurs intéressés.

Art. 22. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble du programme de l'enseignement correspondant.

L'examen est public.

L'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury complet.

Les épreuves orales donnent lieu, pour chaque matière, à une note variant de 0 à 10, qui se combine, s'il y a lieu, avec celle de l'épreuve pratique correspondante.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou des travaux pratiques. Il est attribué à chaque candidat une note variant de 0 à 10. L'ensemble de ces notes est soumis à l'approbation du jury d'examen de fin d'année.

Tout candidat n'ayant pas obtenu, dans un examen, au moins 5 points pour une matière, est ajourné, pour cette matière à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivant en cas de nouvel échec.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant : le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

Dispositions spéciales aux examens de clinique

Art. 23. — Les jurys des examens de clinique sont composés de trois juges appartenant à l'enseignement de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique. L'un des juges peut être choisi parmi les représentants des cliniques spéciales.

Le professeur de gynécologie et d'hygiène de la première enfance peut faire partie du jury de l'épreuve de clinique obstétricale.

Peuvent faire partie des jurys des examens de clinique les chargés de cours de clinique annexe désignés dans les conditions prévues au décret du 26 janvier 1909.

Art. 24. — Les examens de clinique ne peuvent être subis qu'après validation de tous les stages obligatoires et après accomplissement de la scolarité.

Chaque examen est subi dans l'ordre choisi par le candidat.

Pour la clinique chirurgicale et pour la clinique médicale, chaque série comprend, au maximum, quatre candidats.

Pour la clinique obstétricale, chaque série comprend six candidats au maximum.

Chacun des trois examens de clinique comprend :

1° Un stage dans les services de clinique de la faculté ou dans les services hospitaliers désignés à cet effet ;

2° Un examen récapitulatif.

Le stage est de un jour dans le service d'au moins deux juges.

Au cours de chacun de ces stages, le candidat est tenu d'examiner, sous la surveillance du juge, un malade pendant un quart d'heure. Le malade est désigné par le juge. Ensuite, le candidat est enfermé dans un local spécial. Il lui est accordé une demi-heure pour la rédaction de l'observation relative à ce malade.

Chacune de ces observations est mise sous une enveloppe contresignée par le juge et le candidat.

Les observations servent de base à l'examen récapitulatif.

A l'occasion des visites, le juge peut, en outre, interroger le candidat et lui faire examiner d'autres malades, exécuter toute manœuvre clinique (application d'appareils, de pansements, etc.) exécuter toutes recherches de laboratoire jugées opportunes.

Il est constitué, par chaque juge, un dossier qui est soumis à l'approbation du jury réuni pour l'examen récapitulatif.

L'examen récapitulatif a lieu au siège de la faculté ou école : il porte sur la lecture des observations, les interrogations au sujet des malades examinés et sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance les salles où il aura à subir les épreuves cliniques.

Tout candidat ajourné à un des examens de clinique ne peut s'y représenter qu'après avoir accompli un nouveau stage d'une durée de trois mois, ou de deux mois, suivant le cas.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

Art. 25. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de clinique et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Le sujet de la thèse doit être déposé au secrétariat de la faculté, par le candidat, deux mois avant l'époque de sa présentation, avec approbation du sujet par le futur président de la thèse. Elle consiste en un mémoire de longueur quelconque, rédigé en français. La thèse est admise ou refusée. Il peut être attribué la mention honorable ou la mention très honorable. Les thèses ayant été l'objet de la mention très honorable peuvent concourir pour un prix ou une récompense spéciale.

La thèse se passe à une époque quelconque de l'année ; le jury comporte quatre juges.

Art. 26. — Les quatrième et cinquième examens de fin d'année, les examens de clinique et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 27. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens correspondant aux trois premières années d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens correspondant aux deux premières années d'études.

Art. 28. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examens sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur le résultat des examens.

Art. 29. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 30. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1924

Sur les moyens d'éviter la contamination de l'homme par les produits charbonneux d'origine animale. — M. *J. Lignières*. — Le charbon humain provient du charbon des animaux ; la prophylaxie anticharbonneuse chez ces derniers est la base de la défense de l'homme contre cette maladie, en même temps qu'elle représente une sauvegarde des grands intérêts de l'élevage.

La prophylaxie générale du charbon chez les animaux domestiques doit être basée sur des mesures sanitaires simples, concordantes pour assurer l'immunisation certaine par la vaccination.

L'efficacité des vaccins est une condition absolue du succès de toute prophylaxie ; elle ne peut être assurée que par un contrôle officiel dont les conditions pourraient être facilement déterminées par la Commission consultative internationale du charbon ou par le Comité d'hygiène de la Société des nations.

Il n'est pas exagéré de concevoir qu'un laboratoire attaché à ces entités internationales puisse, à la demande des intéressés et sous des conditions à déterminer, statuer sur la valeur des vaccins qui lui seront présentés.

C'est en combattant avec acharnement le charbon chez les animaux qu'on protégera avec succès l'homme contre la pustule maligne.

Compte-rendu d'une mission en Amérique du Nord. — M. *Regaud* rend compte d'une mission qu'il a remplie au Canada, en particulier a Montréal dans le but d'étudier la lutte contre le cancer.

Traitement de la gangrène diabétique. — MM. *Cluset et Chevalier*.

© BIU Santé

AFFECTIONS CARDIAQUES ET RÉNALES

SCILLARÈNE "SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

SANS DANGER D'ACCUMULATION :: PAS D'ACTION NUISIBLE SUR LE REIN ET L'ESTOMAC

Indications spéciales : Remplace la digitale quand elle n'agit pas ou n'agit plus. — Maintient la compensation — Permet un traitement cardio-tonique ou diurétique *aussi prolongé qu'il est nécessaire.*

AMPOULES —o— SOLUTION —o— COMPRIMÉS

OPOTHÉRAPIE ET DÉSINFECTION BILIAIRES

FÉLAMINE "SANDOZ"

Sel des Acides biliaires purs et de l'Héxaméthylène-Tétramine

Le **SEUL** agent actif, tout à la fois, de l'**OPOTHÉRAPIE** et de la **DÉSINFECTION biliaires**

DRAGÉES DOSÉES A 0,30 GRAMMES

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS

GYNERGÈNE "SANDOZ"

Tartrate de l'ergotamine cristallisée

$(C^{33}\ H^{35}\ N^5\ O^5)$

PRINCIPAL ALCALOÏDE isolé de L'ERGOT de SEIGLE et principe actif SPÉCIFIQUE

PRODUIT PUR — ACTION RAPIDE et CONSTANTE

AMPOULES —o— SOLUTION —o— COMPRIMÉS

Échantillons et Littérature : **PRODUITS SANDOZ,** 3 et 5, rue de Metz, PARIS

Dépôt général et vente : ***Usine des Pharmaciens de France,*** *125, rue de Turenne, PARIS*

R. C. Seine 212.835B

© BIU Santé

VARIÉTÉS

L'œuvre de Bourneville

Le Dr Paul Legendre vient de publier sur son Maître Bouchard (1 vol., Masson, éditeur) un livre où il a fait plus qu'écrire une simple biographie : il a tracé l'histoire d'un demi-siècle de vie scientifique, d'une époque particulièrement riche en découvertes et en doctrines fécondes. A ce mouvement Bourneville prit une large part. Voici comment M. Paul Legendre apprécie l'œuvre du fondateur du *Progrès Médical* :

« Charcot était élu en 1873 à l'Académie de médecine.

La même année apparaissait le *Progrès Médical*, fondé par un de ses anciens internes, qui se fit son homme-lige au point d'avoir été appelé son « mameluk » par les donneurs de surnoms. Désiré ou Désir-Magloire Bourneville était un journaliste né ; encore interne, en 1865, il avait fondé le *Mouvement médical*, qui avait eu quelques succès. Le *Progrès* fut « l'Officiel » de Charcot, qui y fit publier ses leçons de la Faculté et ses conférences de la Salpêtrière. Ses élèves, les élèves de ses amis y ont collaboré, et il prit rapidement un des premiers rangs dans la presse. Son « Numéro des Etudiants en fit le moniteur du Quartier Latin médical. Après un court passage, 6, rue des Ecoles, le Directeur installa ses bureaux dans une petite maison de style gothique et même claustral, bâtie sur les ruines du vieux collège Dormans-Beauvais, 14, rue des Carmes ; il y réunissait chaque semaine ses collaborateurs en d'hospitalières soirées « où il y avait de la bière et beaucoup de fumée » (M. Loeper). Bourneville, petit homme massif, au visage sanguin, dont les traits accentués et le grand front s'encadraient d'une barbe touffue peu soignée et de cheveux rejetés en arrière, accueillant et chaleureux, sans cesse en mouvement, bavard parfois éloquent, se fit beaucoup d'ennemis par son intransigeance volontiers aggressive et sa propagande de laïcisateur des hôpitaux. Mais il n'en avait cure, aimant la bataille et assuré d'être soutenu par une phalange d'amis auxquels il était très fidèle. Travailleur acharné, il poursuivait avec passion sa triple tâche de médecin, de journaliste et d'homme politique.

Elu conseiller municipal de Paris en 1876, il obtient l'institution d'un *concours pour le recrutement des services d'aliénés* et devient médecin de l'hospice de Bicêtre en 1879. Son service, qui n'était jusqu'alors qu'un dépositoire d'idiots et d'épileptiques, devient un centre d'études cliniques sur l'épilepsie et de pédagogie des enfants anormaux.

Grâce à lui sont créés à la Salpêtrière et à la Pitié des *écoles d'infirmières laïques*, dont il prend la direction. Rapporteur du budget de l'Assistance publique, il obtient des bibliothèques, l'installation de bains et douches pour les hôpitaux, l'augmentation des indemnités du personnel et des internes, la création d'hôpitaux nouveaux.

Sa campagne pour la *laïcisation des hôpitaux* se poursuit au milieu des polémiques les plus ardentes. Au Conseil municipal, Cochin lui reprochait d'avoir créé à Bicêtre une société pour la propagande de l'enterrement civil, il ripostait en citant des exemples de l'intolérance des religieuses. Dans la presse, le chirurgien Armand Desprès, qu'il appelait « l'inépuisable hospitalier », le criblait de traits plus ou moins spirituels en des lettres ouvertes. Mais la laïcisation faisait son chemin.

Non moins active fut sa campagne pour la transformation des rares salles d'accouchements annexées à quelques services de médecine ou dirigées par des chirurgiens : leur insuffisance lui était apparue, dès son internat, scandaleuse dans une ville où se trouvaient des professeurs d'obstétricie illustres comme Paul Dubois, Pajot, Depaul et Tarnier. En 1877, il déposait le vœu que l'assistance publique instituât des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices, et les confiât à des *médecins accoucheurs nommés par un concours* imposant aux candidats des connaissances générales

(*Voir la suite page* 838.)

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

Téléphone : Elysée 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. P. LEREBOULLET.

Traitement de la scarlatine chez l'enfant (1).

La scarlatine, que vous pouvez voir chaque jour à cet hôpital, et que vous rencontrerez souvent lorsque vous serez médecins praticiens, représente, en ville, une maladie d'une importance pratique plus grande que la rougeole et qui nécessite une observation médicale plus stricte. Parmi les maladies que nous avons à soigner, il en est peu qui nécessitent autant de surveillance autant de mesures hygiéniques et thérapeutiques, et dont l'évolution dépende au même degré de la direction du médecin.

La scarlatine a, en effet, une gravité très variable selon qu'elle est bien surveillée médicalement ou selon qu'au contraire, elle est abandonnée à elle-même ou méconnue. Elle peut sans doute, être grave par elle-même, en ce sens qu'elle présente, plus que les autres maladies, des formes malignes ; ce qu'on appelait jadis le génie épidémique, que ce soit ou non le virus scarlatin lui même, intervient assez souvent pour aggraver la maladie et rendre plus fréquentes, dans certaines épidémies, les scarlatines malignes.

La scarlatine peut être grave, en second lieu, parce qu'elle a volontiers des complications, surtout lorsqu'elle n'est surveillée ni au point de vue du régime, ni au point de vue du genre de vie. Ce sont particulièrement des complications rénales qui surviennent alors ; elles sont la source d'atteintes graves pour l'organisme, atteintes qui peuvent être définitives.

La scarlatine, enfin, est une maladie qui peut entraîner à sa suite des infections secondaires, et notamment des infections secondaires du côté du cavum, des oreilles et des ganglions du cou et ces complications par infection secondaire jouent également un rôle dans le pronostic général de la maladie. Il peut y avoir encore association d'autres maladies à la scarlatine, notamment de la diphtérie ou de la rougeole. Par conséquent, la scarlatine, qu'on l'envisage comme une maladie grave par elle-même, que l'on considère ses complications ou les infections secondaires qui s'y associent, est une maladie que l'on ne peut abandonner à elle-même et qui nécessite une surveillance médicale. C'est d'ailleurs une maladie extrêment contagieuse, nous le savons de longue date ; elle se dissémine, si l'on ne prend pas des mesures d'hygiène suffisantes. Et c'est une autre raison de l'intervention médicale.

Pendant longtemps, nous n'avons pas su ce qu'était la scarlatine, nous le savons encore assez mal, et c'est ce qui gêne dans l'application d'une thérapeutique spécifique. Actuellement celle-ci nous fait défaut, mais nous commençons à espérer que nous connaîtrons sous peu le germe de la maladie et que nous pourrons alors arriver à la mieux soigner. La notion qui dominait et qui a dominé longtemps les conceptions qu'on se faisait de la scarlatine, c'est que la scarlatine avait à son origine un streptocoque. En réalité elle n'est pas d'origine streptococcique, mais le streptocoque intervient dans la plupart de ses complications et cette notion du rôle du streptocoque a été le point de départ d'une première sérothérapie de la scarlatine, celle de Moser. Le sérum de Moser est un sérum anti-streptococcique fait avec des streptocoques pris chez les scarlatineux et a eu son heure de vogue(1).

Le streptocoque n'étant pas l'agent de la scarlatine, celle-ci a vraisemblablement un virus spécial. Mais quel est ce virus ? On a pensé que c'était un agent du groupe des virus filtrants, impossible à mettre facilement en évidence. Toutefois, les travaux de Cantacuzène, ceux de Levaditi, de Landsteiner, de Klinenko, semblent avoir démontré la possibilité de transmettre la scarlatine aux singes supérieurs par injection à ces animaux des sécrétions bucco-pharyngées ou du sang prélevé lors de l'invasion ou au début de l'éruption ; l'inoculation a également réussi après filtration de ces produits septiques sur bougie, ce qui apparenterait le virus de la scarlatine à d'autres virus comme celui de la rage et de la poliomyélite.

Actuellement les recherches sont plus avancées et l'école italienne semble avoir démontré que vraisemblablement il y a un germe de la scarlatine ; le germe serait celui découvert par le professeur Di Cristina. Cet auteur a trouvé chez les scarlatineux, à la phase éruptive ou au début de la desquamation, dans la moelle osseuse et la rate des scarlatineux, un microorganisme spécial, un diplocoque assez petit qu'il a pu cultiver sur un milieu anaérobie spécial. Ces recherches ont été reprises par le professeur Caronia et Mlle Sindoni qui ont publié tout un ensemble de travaux à ce sujet. Ils ont retrouvé le germe anaérobie de Di Cristina et ont pu l'inoculer. Ils ont constaté que ce petit diplocoque, en inoculation intraveineuse chez le lapin produisait un arrêt du poids, une desquamation évidente, un amaigrissement aboutissant à la cachexie et à la mort ; par conséquent, ils provoquaient une maladie expérimentale mais cette maladie expérimentale ne se rapprochait qu'assez vaguement de la scarlatine ; alors ils ont cherché à l'inoculer à l'homme, et ils ont vu que lorsqu'ils inoculaient à des enfants sains et de bonne constitution des cultures riches du microbe de Di Cristina, ils n'obtenaient aucune espèce d'éruption et de manifestation quelconque, mais que ces enfants, exposés ensuite à la contagion, ne prenaient pas la maladie. Ils croient les avoir ainsi vaccinés contre la scarlatine. De plus, le sang de ces enfants dévie le complément avec un antigène fait de squames scarlatineuses. Le sang réagit comme celui des enfants ayant la scarlatine.

Ce qui semble plus caractéristique encore, ce sont les recherches de Caronia et de Mlle Sindoni qui ont montré que l'inoculation de cultures récentes et riches, à fortes doses, répétées chez les enfants à peine convalescents de rougeole, c'est-à-dire en état d'anergie et plus aptes à contracter la maladie, donnait, après une incubation de 3 ou 4 jours, une forme atténuée de scarlatine avec éruption et desquamation et un ensemble de manifestations hématologiques, sérologiques et bactériologiques concordant pour faire penser que c'est effectivement la scarlatine dont ils sont ainsi atteints.

Par conséquent, ces recherches récentes de Caronia et Mlle Sindoni tendent à montrer qu'il y a vraiment un germe de la scarlatine, germe qu'on peut cultiver, qui

(1) Leçon faite le 4 avril 1924.

(1) Des recherches récentes tendent de nouveau à incriminer le streptocoque, ou du moins un streptocoque spécial, doué de propriétés hémolytiques, dans la genèse de la scarlatine (Dochez et Bliss, G. F. et Dick, etc.) ; si intéressantes et suggestives qu'elles soient, elles ont besoin d'être confirmées.

© BIU Santé

s'atténue en culture, et permettent d'espérer que, dans un avenir peut-être assez prochain on pourra inoculer une scarlatine atténuée et par conséquent vacciner dans une certaine mesure contre la scarlatine les sujets sains. Tous ces travaux ont d'ailleurs besoin de confirmation et de précisions nouvelles.

Pour le moment, nous devons nous borner à admettre que la scarlatine est vraisemblablement liée à un virus spécial, qui s'associe souvent au streptocoque, lequel intervient comme microbe de sortie pour provoquer la plupart des infections secondaires ; aussi, faut-il dans la thérapeutique de la scarlatine, *viser le streptocoque et les autres agents d'infections secondaires.*

Il faut se rappeler aussi, c'est un autre point mis en évidence par ces recherches, que la scarlatine touche volontiers certains organes, soit par son virus propre, soit par le streptocoque ; au premier rang de ceux-ci, il faut placer le rein. Il faut se rappeler l'importance de la néphrite scarlatineuse ; la notion de sa fréquence domine toute l'histoire clinique et thérapeutique de la scarlatine. Il faut aussi se rappeler , et ceci est un point d'observation plus récente, que le virus scarlatin, surtout dans les formes malignes, a tendance à toucher certaines glandes vasculaires sanguines, capsules surrénales et pancréas notamment. Le professeur Hutinel, ses élèves, Tixier et Jean Troisier, ont étudié ces réactions et ont montré toutes les conséquences de l'atteinte de la surrénale au cours de la scarlatine et notamment ses effets sur le fonctionnement cardio-vasculaire. Cette atteinte de la surrénale peut commander un traitement particulier.

Avant d'aborder l'étude du traitement de la scarlatine, il n'était pas inutile de vous rappeler que c'est une maladie infectieuse, liée à un virus spécial, probablement le microbe de Di Cristina, dans laquelle le streptocoque intervient souvent comme agent d'infection secondaire, que le virus scarlatin et le streptocoque ont tendance à toucher certains organes, particulièrement le rein, souvent aussi, les capsules surrénales ; et que, du fait de ces atteintes d'organes, résultent des symptômes multiples. Le traitement doit s'inspirer de ces diverses données, lutter contre les causes d'aggravation de la maladie et s'efforcer de limiter la contagion.

***

La première chose à faire est d'*isoler le scarlatineux*. C'est par l'isolement que nous le soignerons le mieux et que nous réussirons à empêcher la contagion. Cet isolement, d'après les règlements classiques, doit durer quarante jours ! On a beaucoup discuté sur ce délai ; dans un certain nombre de cas la durée paraît trop longue, et une scarlatine paraît avoir cessé d'être contagieuse dès le vingt-cinquième ou trentième jour. Pendant la guerre, dans les agglomérations militaires, on laissait assez souvent partir les malades avant ce délai et on les envoyait dès le vingt-cinquième jour en convalescence. Avait-on raison ou tort ? C'est difficile à dire. Ce qui est certain, c'est que ce délai de quarante jours est quelquefois insuffisant et nous avons tous vu des contagions de scarlatine au trente-cinquième ou au quarantième jour, dans certaines scarlatines fortement virulentes. Si donc, dans la plupart des cas, il paraît excessif, il en est certains, rares il est vrai, où il est insuffisant. Mieux vaut donc le maintenir et éviter ainsi quelques cas de contagion tardive. Il n'est pas inutile toutefois de chercher à préciser la nature de cette contagion. C'est avant tout une contagion interhumaine, comme toutes les contagions. La scarlatine se transmet non par par les squames — comme on l'a dit — (elles ne sont pas nécessairement infectantes), mais avant tout par le mucus de la gorge. C'est parce que le scarlatineux a, dans sa gorge, le virus scarlatineux et parce qu'il projette ce mucus par les squames que celles-ci servent secondairement de vecteur à la contagion ; tant que la gorge n'est pas guérie, la maladie reste contagieuse. Elle l'est dès le début, dès les premiers jours, mais elle peut rester contagieuse un temps considérable après la maladie parce que la gorge garde longtemps le virus scarlatin, de même que la gorge du diphtérique recèle longtemps des bacillles virulents. De même qu'il y a des porteurs de germes diphtériques qui ont une gorge absolument normale en apparence et néanmoins transmettent la diphtérie, de même il y a vraisemblablement des porteurs de germes scarlatineux qui ont une gorge virulente, alors même qu'elle paraît revenue à l'état normal. C'est une raison pour ne pas abandonner trop tôt l'isolement ; dans quelques cas toutefois où l'angine a été bénigne, où la scarlatine a vite et bien guéri, le durée de l'isolement peut être abaissée à 30 ou 32 jours.

Il faut se rappeler d'ailleurs que la scarlatine peut être transmise non seulement par le scarlatineux mais par les gens qui soignent le malade, médecins ou infirmiers, les germes contenus dans le mucus pharyngé pouvant se répandre sur les vêtements des personnes de l'entourage. Je ne crois pas que l'on transporte souvent la scarlatine ainsi à distance. Néanmoins, il y a des exemples de transmission par les tiers, et par conséquent vous ferez bien de prendre des mesures de protection vis-à-vis de l'entourage, famille, personnel soignant ou médecin.

L'isolement du scarlatineux, doit-il être individuel ou collectif ? En réalité, l'isolement individuel est moins nécessaire dans la scarlatine que dans la rougeole, parce que dans la scarlatine il n'y a pas cette transmission fréquente des infections bronchopulmonaires dont la virulence augmente par passage de malade à malade, comme on le voit dans la rougeole. Dans la scarlatine, vous pourrez donc soigner des malades en salle commune. Néanmoins, en raison de la fréquence des complications streptococciques, en raison du caractère hypervirulent de certaines scarlatines, il est bon, quand on le peut, de réaliser de préférence l'isolement individuel. De plus, l'isolement individuel permet plus aisément les mesures de désinsection de l'entourage et du personnel. Rappelez-vous qu'autour du scarlatineux vous devez mettre un personnel muni de blouses, qui se lave les mains à la sortie de la chambre du malade, qui a soin, avant ce lavage des mains, d'enlever sa blouse, qui essuie ses pieds sur un linge humide et prend dans l'ensemble les précautions habituelles pour soigner un contagieux.

Je n'insiste pas sur elles, et j'arrive à une autre mesure plus importante, c'est *l'application de la méthode de Milne*. A un moment donné, Milne a soutenu (et Madame Nageotte s'était faite la propagatrice, en France, de ses idées) que l'on pouvait se dispenser d'isoler strictement le scarlatineux en protégeant les sujets qui l'entourent par la méthode qu'il préconisait. En réalité, sa méthode n'a pas une telle valeur, et il est certain que, si l'on peut et si l'on doit s'en servir, il ne faut pas se dispenser pour cela de l'isolement ; la méthode de Milne me paraît d'ailleurs excellente non seulement comme méthode de prophylaxie, mais encore comme méthode de traitement.

En quoi consiste-t-elle ? D une part, on désinfecte la gorge a l'aide d'huile phéniquée au dixième, et d'autre

© BIU Santé

part, on badigeonne l'ensemble du tégument à l'aide d'onctions biquotidiennes à l'essence d'eucalyptus.

Le premier terme est *la désinfection de la gorge* ; Milne prenait l'huile phéniquée au dixième, vous pouvez l'employer plus prudemment au vingtième. Vous la passez doucement sans heurt, sans force sur les deux amygdales, deux fois par jour. L'huile phéniquée est analgésiante et facile à employer, je la crois utile, mais non indispensable, et dans les cas où les badigeonnages offrent quelques difficultés il est possible d'y renoncer sans grave inconvénient. On peut d'ailleurs substituer à l'huile phéniquée, l'huile goménolée ou eucalyptolée.

Le second terme consiste dans *les onctions à l'essence d'eucalyptus*, c'est un produit qui semble avoir une action antimicrobienne énergique. Vous ferez des onctions avec cette essence, matin et soir, depuis la racine des cheveux jusqu'à la plante des pieds. Depuis plus de 12 ans que je l'emploie, cette méthode m'a paru abréger la durée de la maladie, diminuer l'importance de la desquamation et faciliter l'évolution salutaire de la scarlatine. On ne peut en généraliser l'usage dans les hôpitaux parce qu'elle exige un certain temps du personnel. Mais en ville, vous vous trouverez très bien de faire ces onctions bi-quotidiennes.

De plus, vous ferez respirer l'essence d'eucalyptus, sous une tente, une espèce de moustiquaire placée au-dessus du lit, que vous arroserez d'essence, ou, plus simplement, en aspergeant d'essence un mouchoir déposé sur l'oreiller du malade ou près du lit.

Cette triade : désinfection de la gorge à l'huile phéniquée, onctions à l'essence d'eucalyptus, inhalation d'essence d'eucalyptus, constitue un ensemble de moyens vraiment utiles comme adjuvant du traitement hygiénique et médicamenteux de la scarlatine ; ils aident à sa prophylaxie sans dispenser toutefois de l'isolement.

Peut-on recourir comme chez les rougeoleux *aux injections de sérum de convalescent à titre préventif* ? Nous n'avons pas beaucoup d'occasions de les employer, et la durée de l'incubation est tellement courte dans la scarlatine, puisqu'elle n'est que de 4 ou 5 jours, qu'on a moins de temps que dans la rougeole ; dans celle ci, la durée de l'incubation est de 14 jours ce qui permet, dans les cinq ou six premiers jours, de faire ces injections. Néanmoins, le sérum de convalescent, après avoir été employé dans le traitement des scarlatines malignes a été également employé à titre prophylactique. Récemment, M. Degkwitz a préconisé le sérum de convalescent comme préventif de la scarlatine, et il en a obtenu certains résultats ; toutefois, les difficultés qu'il y a à se procurer ce sérum, l'utilité qu'il a dans les scarlatines malignes, la nécessité de l'employer alors à fortes doses, m'incitent à penser que cette méthode de prévention ne se généralisera pas, qu'on doit en limiter l'emploi à des cas tout à fait exceptionnels, réservant le plus souvent le sérum au traitement curatif.

J'arrive au *traitement curatif*. Le scarlatineux isolé non seulement doit être soumis à l'action de l'essence d'eucalyptus mais il doit être tenu dans un grand état de propreté ; il faut avoir soin de désinfecter le nez, la gorge et les yeux. L'huile eucalyptolée ou goménolée, introduite dans les narines chaque soir, contribue à assurer l'antisepsie naso-pharyngée.

Le scarlatineux doit être maintenu dans une *chambre chaude* et il faut éviter qu'il soit exposé à l'air froid. La scarlatine est une maladie qu'il ne faut pas soigner fenêtres ouvertes. Sans doute, il faut éviter l'excès contraire, ne pas mettre les scarlatineux dans une atmosphère surchauffée, mais ils doivent rester dans une chambre plutôt chaude. En effet, c'est lorsqu'un scarlatineux méconnu est exposé au froid et mal alimenté que l'on voit des complications rénales. Il est incontestable que le froid et les écarts alimentaires sont deux grosses causes de néphrite aiguë scarlatineuse.

L'*alimentation* classique du scarlatineux, c'est le *régime lacté*. Mais le régime lacté a mauvaise réputation, il est considéré comme incompatible avec l'alimentation normale de l'enfant, comme provoquant divers accidents, si bien que de longue date on a cherché à sortir du régime lacté. A la suite de la thèse de Pater et d'autres travaux, on a eu tendance à revenir à un régime plus large. Or, le professeur Nobécourt a repris avec beaucoup de patience et un esprit d'observation critique très attentif, il y a une dizaine d'années, la question du régime alimentaire des scarlatineux ; avec M. Prosper Merklen, il s'est efforcé de déterminer dans quelle mesure le régime lacté, le régime hypochloruré ou déchloruré, le régime hyperchloruré avaient une action sur l'évolution de la scarlatine et sur la production de l'albuminurie et de la néphrite. Ils ont observé, et ceci est conforme à l'observation générale de la plupart des médecins d'enfants. que le régime lacté était le régime le mieux toléré, celui qui facilitait le plus les éliminations, et nourrissait le mieux le malade : avec le régime lacté, moins d'amaigrissement, meilleure élimination urinaire, et, en somme, bonne tolérance de la maladie. Sans doute, le régime lacté n'empêche pas dans certains cas la néphrite, mais la néphrite est plutôt moins fréquente et en tout cas moins grave. Le régime lacté est donc le meilleur à bien des égards.

En revanche le traitement déchloruré est un régime d'amaigrissement, qui s'accompagne d'une perte de poids assez rapide, au moins au début. Il faut l'augmenter beaucoup pour enrayer l'amaigrissement. Il ne met pas à l'abri de l'albuminurie, et n'a aucun avantage net sur le régime lacté.

D'autre part, le régime hyperchloruré paraît ne pas provoquer beaucoup plus l'albuminurie, mais il ne l'empêche pas ; si elle survient, il facilite les œdèmes. Il n'offre aucun avantage sérieux. Des recherches de M. Nobécourt et de M. Merklen on peut donc conclure que si l'on peut mettre parfois des scarlatineux au régime déchloruré et même à un régime chloruré, c'est le régime lacté qui est de beaucoup le meilleur.

Mais le donnerez-vous pendant quarante jours ? Certainement non, le malade aurait alors raison de se plaindre et voici comment, en général, avec l'ensemble des pédiatres, il faut comprendre le régime :

1°) Dans les premiers jours de la maladie, quand le malade a beaucoup de fièvre, le *régime hydrique* convient. Nous ne pouvons donner que de l'eau sucrée, des tisanes sucrées, du lait en très petite quantité, du bouillon de légumes non salé. C'est le régime de la période fébrile.

2°) Dès que la fièvre est tombée on donne un *régime lacté*, plus complet, soit sous forme de lait pur, soit sous forme de lait aromatisé au thé, au café, ou avec de petites quantités de cacao. En tout cas, le lait constitue la base de l'alimentation pendant quinze jours.

3°) Le quinzième jour, si la fièvre est bien tombée, si l'albuminurie n'est pas apparue, joignez au régime lacté des potages au lait, des bouillies légères.

4°) Le vingtième jour, aux potages et aux bouillies, ajoutez des purées et des pâtes. Vous pouvez même commencer à ajouter un jaune d'œuf, sous forme de crème ou d'entremets.

© BIU Santé

5°) Du vingt-cinquième au trentième jour, vous pouvez donner de la viande et du poisson.

Par conséquent, vous le voyez, le régime se résume en somme en 15 jours de régime hydrique et lacté, après quoi il s'élargit progressivement. Naturellement les urines sont surveillées pendant ce temps et si l'albuminurie survient, il faut redoubler de sévérité et insister sur l'administration du régime lacté.

Lorsqu'on a affaire à une scarlatine normale, il n'y a pas de médication spéciale à faire. Vous pouvez donner un peu d'aspirine à petites doses dans la phase aiguë et hyperpyrétique, en vous rappelant néanmoins que les médications antipyrétiques ne sont pas très utiles dans la scarlatine. J'y reviendrai à propos des formes malignes. Vous pouvez donner de l'acétate d'ammoniaque pour favoriser l'éruption et empêcher l'apparition des accidents pulmonaires d'ailleurs exceptionnels. L'hexaméthylène-tétramine (urotropine ou uroformine) a été donné comme un préventif de la néphrite scarlatineuse. Il n'est pas dit que l'urotropine prévienne la néphrite. Il faut se rappeler, au contraire, que dans certains cas, elle est mauvaise parce qu'elle congestionne le col de la vessie et peut amener de l'hématurie. Dans ce cas, abandonnez l'urotropine. Mais lorsqu'elle est bien supportée, il semble qu'elle soit un bon désinfectant interne, un bon éliminateur urinaire, et qu'il y ait intérêt à en donner 0.60 ou 0.75 centigr. ou 1 gr. par jour, associée au benzoate de soude, sous forme, par exemple, d'uraseptine, ou sous toute autre forme.

S'il s'agit d'une *forme bénigne*, le traitement se limite à ces méthodes très simples et donne de bons résultats. Encore, faut-il se rappeler que ses formes bénignes sont quelquefois particulièrement dangereuses parce que méconnues. Il y a périodiquement des cas d'anurie scarlatineuse, qui surviennent chez des enfants chez lesquels la scarlatine a été méconnue ou insuffisamment traitée ; exposés au froid, soumis à un régime carné intempestif, ils font une néphrite grave d'emblée. Il faut donc se rappeler que même dans les formes bénignes, il est nécessaire de soigner les malades et de les mettre sous une surveillance médicale stricte, si l'on veut éviter les complications.

A partir du trentième jour, on fera prendre à l'enfant deux ou trois bains savonneux Si le corps est bien nettoyé, si la température a cessé depuis une quinzaine de jours, et si la desquamation a été modérée et vite terminée, on peut remettre le malade en circulation à partir du trente-quatrième jour. Dans les formes bénignes, la liberté peut être ainsi rendue un peu plus tôt que les quarante jours. mais il faut s'abstenir si l'angine a été prolongée, si surtout elle a récidivé, car la contagion pourrait alors être prolongée.

Mais je passe sur ces formes bénignes et j'arrive aux *formes malignes*. Elles sont multiples d'apparence. Vous connaissez la description de la scarlatine maligne, telle que nous l'a donnée Trousseau. Vous savez qu'elle est plus fréquente chez les sujets de race anglaise, qu'elle a une allure particulière dans certaines épidémies, et que certains sujets sont spécialement touchés et gardent, du fait de la scarlatine, un cœur particulièrement atteint. Elles doivent être particulièrement redoutées et énergiquement traitées car le traitement est parfois fort efficace.

La grande indication est alors de *lutter contre l'hyperthermie*. Il faut rejeter les antipyrétiques : antipyrine, quinine, cryogénine, ou du moins ne les donner qu'à titre accessoire, et recourir à la méthode hydrothérapique, aux bains chauds au début, à 2 ou 3 degrés au-dessous de la température du corps, ensuite aux bains tièdes et progressivement refroidis. Il ne faut pas hésiter, dans une scarlatine maligne, à arriver au bain frais à 30° et à 28°. Je me rappelle une scarlatine maligne, suivie chez une fillette de dix ans, dans laquelle ce sont les bains frais seuls qui ont amené la détente et la guérison. On donnera 3 ou 4 bains frais par jour. Si on ne peut pas, on fera des lotions fraîches, on se servira du drap mouillé. Ce sont ces méthodes qui permettent le mieux de lutter contre l'hyperthermie.

En second lieu, il faut *tonifier le cœur et relever la pression artérielle*. Dans la scarlatine maligne, le cœur est profondément touché et la pression artérielle baisse. Il eat certain que cela est dû pour une large part à l'atteinte du myocarde par le virus scarlatineux. Mais il faut tenir compte aussi de l'atteinte des surrénales, mise en lumière par le professeur Hutinel. Dans certaines scarlatines malignes, c'est le syndrome surrénal qui domine le tableau clinique. Dans de tels cas, il faut donner l'adrénaline ou l'extrait surrénal : donnez 10 à 20 gouttes d'adrénaline par jour, augmentez la dose jusqu'à 30, 40 ou 50 gouttes ; ou donnez l'extrait surrénal par paquets de 0,05 à 0,10 centg. 2 ou 3 fois par jour. Surtout employez la voie hypodermique et recourez aux injections d'extrait surrénal (supérieures aux injections d'adrénaline). Usez en outre des toni-cardiaques habituels, huile camphrée à fortes doses, strychnine, spartéine, voire même caféine. La digitaline n'est que rarement indiquée ; il semble qu'il puisse y avoir avantage à employer parfois la solubaïne (c'est-à-dire l'ouabaïne en solution au millième qu'on peut donner facilement par la bouche).

Il faut *favoriser la diurèse*. Pour cela l'alimentation par l'eau sucrée et surtout les tisanes lactosées est indiquée. On peut y joindre la théobromine (1 gr. ou 1 gr. 50), le sérum glucosé ou sucré en goutte à goutte rectal (solution isotonique c'est-à-dire de 44 à 50 pour 1000). Ayez soin de l'adrénaliser, car l'adrénaline agit mieux par voie rectale que par voie buccale (dix gouttes d'adrénaline pour 250 gr. de sérum par exemple). Il ne faut, en revanche, pas faire de sérum adrénaliné sous la peau, il donne volontiers du sphacèle et la gangrène. Administré par le rectum, deux fois par jour, il peut favoriser la diurèse et tonifier le cœur.

Une dernière indication consiste à essayer de *lutter contre l'infection*. Malheureusement, nous ne sommes pas bien armés contre la scarlatine. Je vous ait dit qu'il n'y avait pas de médication spécifique. Si nous pouvons espérer que la découverte de Di Cristina se confirme, une thérapeutique biologique verra le jour. Jusqu'à plus ample informé, nous n'avons que le sérum de Moser, sérum antistreptococcique, qui semble à peu près abandonné maintenant, et ne paraît pas avoir donné de résultats décisifs. Le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur peut être employé, mais étant donné le polymorphisme du streptocoque, il y a bien peu de chance qu'il puisse agir.

Le moyen le plus actif dans ce sens semble actuellement le *sérum de convalescent*. Il a été employé dans une série de maladies. C'est le sérum de poliomyélite qu'on injecte dans le canal rachidien des poliomyélitiques. C'est le sérum de convalescent de rougeole qu'on emploie avec succès dans la cure préventive de la rougeole. Voici longtemps que Weisbecker, en 1897, a recommandé le sérum de convalescent dans la scarlatine grave. Cette méthode a été peu employée, parce qu'on s'en servait à trop petite dose, et ce sont Jungmann et Reiss en 1912, qui ont recommandé l'emploi systématique du sérum de

© BIU Santé

convalescent dans la scarlatine grave. Depuis, d'autres auteurs en ont publié des cas. En France, Debré et Paraf se sont faits les champions de cette méthode, dans le traitement de la scarlatine, se basant sur une observation dans laquelle, malgré la thérapeutique utile, les complications furent nombreuses, mais qui fut suivie de guérison, ce qui suffit à montrer que la méthode peut être utile.

En quoi consiste-t elle ? On injecte au scarlatineux du sérum d'un autre scarlatineux. Celui-ci est un scarlatineux convalescent à la cinquième ou sixième semaine. A ce moment, le scarlatineux doit être considéré comme guéri et son sérum contient des anticorps en quantité suffisante. On prélève du sang en quantité assez grande. Le sérum est préparé aseptiquement et mis à la glacière et c'est ce sérum qui a été éprouvé, qui ne donne pas la réaction de Bordet-Wassermann, qui est injecté, par voie sous-cutanée ou intramusculaire, au scarlatineux atteint de scarlatine maligne. Il faut injecter 40 à 50 cm. le premier jour, la même dose dans le second jour, au total 250 à 300 cm. de sérum de convalescent. Vous voyez tout de suite combien il peut être difficile de se procurer de semblables doses de sérum.

Ce sérum est exceptionnellement injecté par voie intraveineuse qui semble susceptible de provoquer des réactions trop violentes. Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires sont indiquées lorsqu'on a sous la main le sérum nécessaire et paraissent susceptibles de remonter un certain nombre de malades. Est-ce une méthode spécifique ? La question est discutable, mais il suffit de savoir qu'elle agit parfois pour la retenir.

Il y a un moyen d'arriver au même but, si on est pressé, c'est d'employer le *sang total citraté*, selon la méthode de Zingher et de Daniel. Elle consiste à recueillir le sang dans une solution de citrate de soude et à le réinjecter immédiatement. Cette méthode des injections de sérum ou de sang de malades convalescents est donc une méthode intéressante et utile, mais d'application forcément limitée. Fort heureusement les scarlatines malignes sont relativement rares ; même lorsqu'on arrive à les guérir à l'aide des moyens que je viens de dire, elles peuvent réserver encore de pénibles surprises pendant la convalescence en raison de l'atteinte du cœur.

Dans d'autres cas, c'est dans l'évolution même de la maladie qu'il y a des *complications*. Tout d'abord il faut chez les scarlatineux surveiller le nez et la gorge, se rappeler la fréquence des angines, des rhinites. Souvenez-vous qu'il peut y avoir au cours de la scarlatine des *angines* spéciales à type *gangréneux* ou *nécrotique*. Elles sont graves par elles-mêmes et peuvent s'accompagner de perforation du voile. Il ne faut toutefois pas s'en exagérer la gravité et j'en ai vu guérir successivement cinq cas. Il m'a paru, dans ces angines qui sont liées au mauvais état général du sujet et à son jeune âge, que ce sont surtout les grands lavages, les attouchements à l'eau d'Alibour très diluée qui sont utiles. Mieux vaut ne pas employer de caustiques très énergiques ; les cautérisations au chlorure de zinc, que l'on a souvent préconisées, me semblent trop violentes. Peut-être est-il utile de recourir dans de tels cas à la glycérine néosalvarsanisée (comme dans l'angine de Vincent) et aussi à certaines médications nouvelles, comme la sérothérapie antigangréneuse.

Les angines de la scarlatine s'accompagnent volontiers d'*adénopathies*, parfois volumineuses qui constituent le *bubon scarlatineux*. Dans ces cas, il y a une méthode très efficace qu'il faut toujours employer initialement ; c'est la large application sur le cou de pommade de collargol à 15 pour 100, en faisant simultanément un pansement humide chaud du cou. Souvent ces applications suffisent à faire rétrocéder l'adénopathie, mais il y a des cas où le bubon augmente et où on est forcé de l'inciser. Il est bon alors d'employer le drainage filiforme en passant un crin, méthode simple qui évite l'incision et la cicatrice consécutive, mais, quand l'adénite est franchement suppurée il peut être nécessaire d'inciser largement, lorsque surtout il s'agit d'adénite streptococcique, comme c'est la règle. Dans ces cas, il y a aussi de la rhinite et souvent une gorge en mauvais état: il peut être indiqué alors de recourir à certaines méthodes de *vaccination*. Lorsqu'on a affaire à de gros ganglions empâtés, dans lesquels la suppuration n'est pas franchement collectée, on peut être amené à employer le propidon qui à petites doses (un 1/2 cent. cube tous les deux jours) donne parfois de très bons résultats ; on peut se servir aussi d'un stock-vaccin streptococcique ou enfin recourir à un autovaccin. Les otites doivent être surveillées, elles demandent une intervention précoce, parce que les mastoïdites sont fréquentes. Celles-ci peuvent nécessiter la trépanation, c'est au spécialiste à surveiller et à décider. Rappelez-vous que les complications otitiques et mastoïdiennes de la scarlatine sont parmi celles qui exigent le plus impérieusement des examens répétés parce que l'intervention à temps est seule capable d'éviter les complications graves.

Mais la scarlatine entraîne aussi des complications lointaines. Ce sont des complications portant avant tout sur le rein. C'est l'*albuminurie scarlatineuse*. Je ne puis vous exposer ici le traitement de la néphrite scarlatineuse. Je vous rappelle simplement qu'il faut d'une part resserrer le régime en mettant le malade à la diète hydrique ou au moins à la diète lactée. Il faut, d'autre part, tâcher de décongestionner le rein par les ventouses scarifiées appliquées sur la région rénale ; c'est dans certains cas d'anurie scarlatineuse qu'on a proposé la décapsulation du rein qui, je crois, agit surtout comme une saignée ; aussi bien la saignée locale ou la saignée générale peuvent-elles la remplacer dans nombre de circonstances. C'est le traitement des néphrites en général par le régime, par la médication décongestionnante et, d'autre part, par certaines médications comme la théobromine, la scille à petites doses, le chlorure de calcium, qui peut être ici utilement prescrit.

Le *rhumatisme scarlatin* peut comporter certaines indications particulières. Il faut se rappeler que c'est ici plus l'aspirine que le salicylate qui doit intervenir comme calmant des douleurs, l'état du rein pouvant contre-indiquer le salicylate.

Enfin, il ne faut pas oublier que le scarlatineux est volontiers un cardiaque. Je vous ai dit la gravité de l'atteinte du cœur au cours de la scarlatine maligne, mais même chez le scarlatineux qui ne fait pas une scarlatine maligne, il faut *surveiller et soutenir le cœur*. A cet égard, les piqûres d'huile camphrée sont souvent utiles au cours même de la scarlatine ; certaines médications toniques du cœur (strychnine, caféine, strophantus, etc..) doivent être employées pendant et après la scarlatine. Ces jours-ci, un jeune homme de 25 ans mourait quelques jours après une opération d'appendicite, par faiblesse cardiaque, or deux ans avant, il avait eu une scarlatine, à la suite de laquelle il avait gardé des signes d'asthénie cardiaque que l'appendicite a brusquement aggravée. Il faut toujours se rappeler l'atteinte possible du cœur au cours de la scarlatine, surveiller l'appareil cardiovasculaire, non seulement pendant mais après la scarlatine et se rappeler qu'il y a dans cet état du cœur l'explication de la plupart des cas de mort imprévue au

© BIU Santé

cours et après la scarlatine. Fort heureusement, une scarlatine bien soignée dès le début, dans laquelle le régime est bien surveillé, guérit vite, la néphrite y est exceptionnelle et la plupart des complications que je viens d'énumérer peuvent être évitées.

Il peut toutefois arriver que la scarlatine s'associe à d'autres infections ; je ne vise pas ici l'infection streptococcique, si commune, dont j'ai déjà parlé, mais certaines infections plus spécifiques comme la diphtérie et la rougeole. La *diphtérie* peut être grave et nécessiter la sérothérapie. Mais je vous rappelle qu'il ne faut intervenir par la sérothérapie antidiphtérique que lorsqu'on est sûr non seulement cliniquement, mais bactériologiquement qu'il y a bien diphtérie. Bon nombre d'angines pseudo-membraneuses de la scarlatine simulent la diphtérie, sans en être, et la scarlatine, à cause de l'atteinte rénale fréquente, de la possibilité de rhumatisme scarlatin, est une maladie dans laquelle il n'est pas bon d'user trop volontiers du sérum qui peut augmenter l'albuminurie ou provoquer un rhumatisme sérique. Par conséquent, avant de faire un traitement sérothérapique intensif, assurez-vous, par l'examen bactériologique, de la présence de bacille, réserve faite naturellement des cas vraiment graves où il y aurait danger à attendre.

La *rougeole* peut survenir, c'est alors une maladie grave, parce qu'elle survient sur un terrain infecté par le streptocoque et est riche en complications. Le plus souvent le malade a été contagionné simultanément par les deux maladies, en allant consulter à l'hôpital par exemple. Quatre à cinq jours après il fait une scarlatine et 14 jours plus tard, la rougeole. Cette *association de la rougeole et de la scarlatine* se complique alors chez l'enfant presque fatalement de bronchopneumonie. C'est un point que mon maître Hutinel et moi-même nous avons à plusieurs reprises mis en évidence. Aussi est-il particulièrement important de traiter la scarlatine par la méthode de Milne, parce que l'essence d'eucalyptus me paraît un moyen de prévenir les infections bronchopulmonaires et de mettre le sujet dans les meilleures conditions pour que l'évolution de la rougeole et celle de la broncho pneumonie secondaire se fassent sans incidents chez un scarlatineux profondément infecté et qu'on a des raisons de croire exposé à la rougeole ou à la diphtérie ; il pourrait d'ailleurs être bon de faire à titre préventif certaines sérothérapies (sérothérapie antidiphtérique, antipneumococcique, voire même anti-streptococcique, sérum de convalescent de rougeole, etc...)

Cette règlementation de la thérapeutique permet dans la plupart des cas de soigner les scarlatineux sans complications, sans séquelles, et s'il y a des complications, de les limiter. Néanmoins, il faut se rappeler que, en dépit de toutes les précautions, la scarlatine reste une maladie qui comporte des inconnues, et quand on soigne un scarlatineux on n'est jamais tranquille jusqu'à ce qu'il soit guéri ; la mort subite existe dans la scarlatine. Elle survient généralement du fait de la faiblesse du cœur, et elle doit être pour le médecin un motif de plus de réserve dans le pronostic ; chaque médecin connaît dans sa clientèle ou dans celle de ses confrères des cas où la mort imprévue est ainsi survenue.

Il faut se rappeler aussi que, si le scarlatineux bien traité guérit bien, pendant un temps il reste susceptible du côté du rein et il est bon de surveiller le fonctionnement rénal, après la convalescence de la scarlatine. Si le malade reste anémié, fatigué, si ses reins restent susceptibles, s'il a encore une albuminurie résiduelle correspondant à ce que l'on a appelé néphrite parcellaire, alors interviennent les cures hydrominérales, notamment Saint-Nectaire, mais cette indication ne se présente que rarement chez les scarlatineux bien guéris.

Le scarlatineux enfin n'est pas toujours immunisé à l'égard d'une nouvelle scarlatine. Les faits de récidive après plusieurs mois et plusieurs années ne sont pas exceptionnels et il serait téméraire de compter sur l'immunité de façon trop absolue.

Vous voyez par tous ces détails combien de notions doivent être présentes à l'esprit du médecin qui soigne un enfant scarlatineux et à quel degré il dépend d'une bonne surveillance médicale que la scarlatine évolue bien et vite vers la guérison au lieu de s'orienter vers les complications et les accidents graves.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

CONGRÈS D'UROLOGIE

(Paris, 9-11 octobre 1294.)

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose

Par **Léon THÉVENOT,**
Agrégé à la Faculté de Lyon.

S'il est classique d'admettre que l'ablation d'un rein tuberculeux fait disparaître les troubles vésicaux de la tuberculose rénale, il n'en est pas moins vrai que ces troubles peuvent continuer à persister malgré cette intervention, et il faut voir, dans l'étude de cette question, une nouvelle phase dans l'évolution de nos idées sur la tuberculose rénale. Après avoir, pendant tout le siècle dernier, discuté sur les rapports des lésions vésicales et des lésions rénales dans la tuberculose urinaire, après en avoir fait essentiellement une affection de la vessie qui pouvait se compliquer ou coexister avec une lésion du rein, on en était arrivé à admettre que la lésion rénale était tout, que la lésion vésicale n'était qu'un accessoire ; de là à conclure qu'il suffit d'enlever le rein pour voir disparaître les accidents vésicaux il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut vite franchi. C'était peut-être une exagération en sens inverse de la première, d'où l'utilité d'étudier la question de la vessie des néphrectomisés pour tuberculose.

Malheureusement, les faits publiés jusqu'à ce jour sont rares ; les observations sont disséminées dans des travaux traitant d'autres questions.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, les lésions de la vessie sont constantes au cours de la tuberculose rénale ; lésions d'abord de congestion en apparence banale, puis granulations et, plus tard, ulcérations. L'orifice urétéral correspondant au rein malade, la portion de la muqueuse vésicale qui l'entoure, sont le lieu d'élection des lésions. Parfois, on observe des végétations d'aspect néoplasique, framboisées, et l'on a décrit une cystite végétante (CATHELIN, PONSON, ORAISON, GAUTHIER, LAVERRIÈRE, etc.)

D'abord limitées à la muqueuse, les lésions gagnent en profondeur ; les ulcérations peuvent mettre à nu les fibres musculaires. La paroi vésicale peut même se prendre dans toute son épaisseur ou se perforer.

En outre, le segment inférieur de l'uretère (qui sera laissé en place après la néphrectomie) est envahi par la tuberculose, infiltré, ulcéré, parfois même franchement suppuré.

Que deviennent ces lésions anatomiques après la néphrectomie ? Du côté de la vessie, les auteurs qui ont pu cystoscoper à diverses reprises leurs malades ont vu, dans un nombre élevé de cas, les ulcérations se combler, se cicatriser, les végétations et les granulations disparaître. La vessie a repris son aspect normal.

© BIU Santé

D'autres fois, les lésions tuberculeuses classiques ont disparu : il persiste seulement des plaques de congestion banale, ou même des plaques jaunâtres, planes, sans granulations ni ulcérations.

D'autres fois enfin, les lésions sont améliorées, en voie de régression, mais ne se cicatrisent pas complètement.

Plus rarement, les lésions vésicales n'ont pas été influencées par la néphrectomie.

En ce qui concerne l'uretère, on sait que, d'ordinaire, il s'atrophie et se transforme en un cordon fibreux : Legueu et Lorin admettent qu'il faut parfois attendre trois ans avant de pouvoir faire cette constatation.

Des recherches antérieures nous ont montré que cette transformation n'est pas la conséquence de l'ablation de l'organe sécréteur ; l'ablation du rein, en supprimant les contractions urétérales, met ce conduit au repos, l'immobilise, et ses parois se soudent comme se soudent les feuillets d'une synoviale immobilisée. L'oblitération de l'uretère malade est donc un phénomène pathologique et non un phénomène physiologique.

La *symptomatologie* des lésions vésicales n'évolue pas parallèlement aux lésions anatomo - pathologiques. Cette symptomatologie, la seule par laquelle se manifeste souvent subjonctivement la tuberculose rénale, consiste essentiellement en :

La douleur, pendant ou après la miction ;
Les besoins d'uriner impérieux ;
Les besoins d'uriner fréquents ;
La diminution de capacité de la vessie.

Les hématuries, la pyurie, sont plutôt d'origine rénale que vésicale.

On a signalé, aux périodes plus avancées de la maladie, la rétention d'urine ; il est rare de l'observer en clinique.

Après la néphrectomie, les symptômes peuvent disparaître complètement ; les urines deviennent claires, tout rentre dans la normale.

Chez certains sujets, une amélioration momentanée de tous les symptômes peut être suivie de la réapparition des troubles fonctionnels et de la pyurie.

Chez d'autres, la persistance d'un ou plusieurs symptômes permet d'individualiser plusieurs catégories de malades. Il en est qui gardent seulement de la pollakiurie, avec des urines claires, sans pus ni albumine, sans microbes décelables à l'examen direct ou par l'inoculation. Quelque uns conservent en outre de la douleur à la miction. D'autres ont de la pollakiurie, de la douleur à la miction, de la pyurie, mais sans bacilles de Koch. D'autres enfin conservent des bacilles de Koch.

Quelle est la *fréquence* de la persistance des troubles vésicaux après la néphrectomie ? Wildbolz parle de cystite douloureuse persistante dans 11,5 % des cas. Pour Israël, il y a guérison incomplète dans 45 % des cas et échec dans 9 %. Rafin, dans sa thèse de Pagès, admet :

Pas d'amélioration, 5 cas ;
Amélioration légère, 11 cas ;
Amélioration nette, 18 cas ;
Guérison complète, 23 cas.

Gayet (*in* thèse Thabourin) note 37 guérisons sur 88 cas tandis que Rochet (dans la thèse de Bertrand) donne un pourcentage de 9,5 % de persistance des troubles vésicaux.

Tous les auteurs (Marion, Pauchet, Duvergey, Pierre Bazy, etc.) s'accordent pour admettre que la disparition de ces troubles est d'autant plus rapide et plus complète que l'opération est plus précoce.

La persistance des accidents vésicaux relève de causes multiples.

1° Un premier groupe est formé par les cas où les urines sont claires, sans albumine ni pus, sans microbes constatables à l'examen direct ou à l'inoculation (bacilles de Koch, microbes d'infection secondaire, etc).

Les mictions cependant restent fréquentes, soit qu'il y ait persistance d'une sensibilité exagérée du col, soit qu'il y ait rétraction de la paroi vésicale avec limitation de sa capacité.

2° Dans un autre groupe on peut placer les cas où la bacillose a disparu, mais où il persiste des troubles dus à une infection surajoutée.

3° Un dernier groupe réunit les cas où les urines contiennent toujours des bacilles de Koch. Il peut s'agir alors :

D'une suppuration persistante de l'uretère du côté opéré ;

De la persistance des lésions vésicales qui évoluent pour leur propre compte ;

De l'infection du rein du côté opposé ;

D'une tuberculose prostatique.

La thérapeutique des accidents vésicaux comprend :

Des moyens médicamenteux ;
Un traitement local non sanglant ;
Un traitement sanglant.

Parmi les agents thérapeutiques, on compte tous les toniques généraux utilisés chez les tuberculeux (huile de foie de morue, fer, sels de chaux, etc.) ; les antiseptiques urinaires (térébenthine, bleu de méthylène, etc.) ; les tuberculines, sérums, corps immunisants de Spingler.

Le traitement local non sanglant comporte :

Les lavages (sublimé, acide phénique) ;

Les instillations (sublimé, huile gaïacolée, iodoformée, goménolée, etc.) ;

L'enfumage iodé (Farnarier, Marion, Normand) ;

L'étincellage (Heitz-Boyer, Parin, etc.).

Dans le traitement chirurgical on trouve :

L'urétérectomie, soit primitive et faite préventivement (méthode actuellement abandonnée en France, préconisée encore à l'étranger), soit secondaire (Escal, Rochet, Marion, Hartmann, etc.) ;

Le curettage de la vessie à travers l'urètre ou après cystostomie ;

La dilatation forcée du sphincter combinée à la sphinctérotomie (Rochet), qui a donné à cet auteur les meilleurs résultats ;

La résection bilatérale du ganglion hypogastrique (Rochet et Latarjet) ;

La section des nerfs de la vessie (Rochet, Latarjet) ; ces diverses opérations sur les nerfs vésicaux ont fourni des résultats éloignés des plus encourageants ;

L'exclusion de la vessie, soit par cystostomie sus-pubienne, vaginale ou périnéale, soit par urétéro-entéro-anastomose, soit par urétérostomie iliaque ou lombaire, soit par néphrostomie.

Que peut-on penser de tous ces moyens ?

Les moyens médicamenteux représentent plutôt un adjuvant des autres modes de traitement, plutôt que des agents suffisants par eux-mêmes à faire disparaître les lésions.

Parmi les agents du traitement local non sanglant, l'étincellage paraît en France réunir la majorité des suffrages quand les lésions sont discrètes (Bockel, Marion, Legueu, Heitz-Boyer, Hogze, etc.) tandis qu'à l'étranger, le phénol employé suivant la méthode de Rovsing paraît assez en vogue (Davis, Bagozzi, etc.).

Parmi les modes de traitement sanglant, il faut surtout opposer : d'une part l'exclusion vésicale par urétérostomie ou néphrostomie (Legueu, Willems, etc.), d'autre part la sphinctérostomie ou les opérations sur les nerfs vésicaux (Rochet).

Tous ces moyens sont des moyens curatifs, mais il ressort de la lecture des observations que la persistance des accidents vésicaux (en dehors des cas de tuberculose du rein opposé ou de l'appareil génital) est dû surtout à ce que le malade a été opéré tardivement. De là, la nécessité des néphrectomies précoces qui suffiront toujours à elles seules à amener rapidement et spontanément la guérison des lésions vésicales et de leurs manifestations cliniques.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1924.

Greffes ovariennes et ovulaires. — M. *Tuffier.*— Les greffes ovariennes peuvent être de deux sortes : *greffes* proprement dites, c'est-à-dire translation de l'ovaire libre sans pédicule vasculaire dans l'utérus ou dans un point quelconque de l'organisme ; et *transplantation* de la glande restant en communication avec son pédicule vasculaire et nerveux. Les unes et les autres ont été actuellement pratiquées un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse avoir des précisions sur leurs résultats thérapeutiques au point de vue de la menstruation et de la fécondation.

Les *greffes ovariennes libres*, pratiquées pendant la vie génitale de la femme et surtout quand il s'agit d'auto-greffes, c'est-à-dire de la greffe de l'ovaire d'une femme à elle-même, ont au point de vue de la santé générale de la femme la plus heureuse influence. La menstruation se rétablit en général de 3 à 5 mois après l'opération et persiste en moyenne de 5 à 10 ans. Ce fait que j'ai établi par un grand nombre d'observations paraît aujourd'hui indiscutable.

Les *greffes ovariennes libres* dans l'utérus peuvent être suivies de grossesse, les expériences chez les animaux et en particulier celles de Grégorieff en 1897, de Kriauer en 1900, d'Uffreduzzi en 1911, de Castle et Philips en 1913 faites chez la femme (Morris, Franck, Bambridge, Ester, 24 observations : 7 grossesses, 3 accouchements normaux, 3 avortements et 1 grossesse extra-utérine).

Les *greffes d'ovules* tentées sur des lapines par Briedl, Peters et Hufslatter ainsi que par Heape, ont montré que lorsque la muqueuse utérine est en puissance de nidation par le fait du rut ou d'une fécondation récente, elle accepte l'ovule étranger et se comporte à son égard comme s'il était un de ses ovules et pour ainsi dire le couve, comme une poule couve un œuf de cane.

Enfin, la *transplantation de l'ovaire muni de son pédicule vasculo-nerveux* dans l'utérus, que j'ai pratiquée, de juillet 1922 à à 1924, 35 fois pour salpingite double (32 fois la transplantation d'un seul ovaire et 3 fois celle de 2 ovaires) et dont j'ai fixé la technique, est une opération logique et utile puisque grâce au pédicule intact l'ovaire se nourrit parfaitement, l'ovisac mûrit, l'ovule est déversé dans la cavité où la nidation peut se produire, la fécondation est possible.

Cette opération, à la suite de laquelle on a observé 15 grossesses avec 10 accouchements, est une opération incontestablement utile puisque l'ovaire vit et fonctionne et qu'on donne à la fois à l'opérée, et la possibilité de la maternité, et la certitude d'éviter les accidents de la ménopause.

Les responsabilités lointaines de la syphilis en pathologie nasale. — M. *Jacques.* — A côté des lésions classiques de la syphilis nasale en activité, il existe dans l'appareil pharyngo-nasal des lésions d'un autre type d'ordre plutôt trophique ou héréditaire. Il ne faut pas compter sur les anamnestiques usuels ni sur la sérologie pour dépister en pareil cas la syphilis, mais baser son diagnostic sur les petits signes de la syphilis de plus en plus nombreux actuellement, et au point de vue thérapeutique il faut ajouter le traitement général ou traitement local qui employé seul est impuissant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1924.

M. *Vaquez* fait part à la Société du chaleureux accueil dont il a été l'objet comme représentant de la Société Médicale des hôpitaux lors de son voyage en République Argentine et annonce la mort du docteur Bergé, membre de la Société.

Syphilis et troubles psychiques. — M. *Marie* (de Sainte-Anne) montre des crânes d'aliénés de l'asile de Villejuif qui présentent des hyperostoses permettant de penser que la syphilis a pu jouer un rôle dans leurs troubles psychiques.

Arthrite puriforme du genou survenue 8 ans après une fièvre typhoïde et guérison par vaccin T. A. B. — MM. *H. Dufour* et *Baruk.* — La symptomatologie articulaire seule est souvent incapable d'aiguiller le diagnostic sur sa cause, cependant c'est de l'étiologie que dépend le traitement efficace.

Les auteurs viennent d'observer un fait des plus instructifs dans lequel la guérison fut obtenue grâce au dépistage d'une étiologie rarement observée en pareil cas. Un jeune homme de 24 ans entre à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire subaigu intéressant plusieurs grosses articulations. Le traitement salicylé amène une amélioration très rapide. Mais au 11e jour survient un incident qui ne rentre plus dans le cadre du rhumatisme articulaire. Le genou droit devient le siège d'une énorme tuméfaction et est très douloureux. Il s'agit d'une arthrite probablement en voie de suppuration. Malgré une fièvre peu élevée et bien que le malade soit sous l'influence d'une dose quotidienne de 6 gr. de salicylate de soude, on augmente cette dose de 2 gr. sans d'ailleurs obtenir aucun résultat. L'échec de cette épreuve thérapeutique montre bien qu'il ne s'agit plus de rhumatisme articulaire aigu.

Le liquide augmente dans la synoviale. Les douleurs deviennent intolérables. La température cependant ne s'élève pas au dessus de 38°.

La blennorrhagie ne peut être incriminée ; la tuberculose pas davantage. La radiographie est muette sur l'existence de lésions osseuses articulaires. La ponction du genou ramène un liquide puriforme très riche en polynucléaires et sans microbe. Les cultures sur milieux usuels sont négatives.

Mais par l'interrogatoire du malade, on apprend qu'il a été soigné en 1916, c'est-à-dire, il y a 8 ans, pour une typhoïde grave. L'examen du sang montre que celui-ci agglutine le seul bacille d'Eberth au 1/100 au bout d'une demi-heure. Le liquide articulaire agglutine l'Eberth instantanément et très fortement au 1/50 et au bout d'une 1/2 heure au 1/100. La culture du liquide du genou sur bile a été négative.

En présence de ces renseignements et pensant qu'il s'agissait d'une réviviscence éberthienne sur une articulation peu résistante, par suite d'une poussée rhumatismale, les auteurs ont pratiqué quatre injections de vaccin T.A.B. (typhique et paratyphique) à trois et quatre jours d'intervalle. Très rapidement on a vu les douleurs disparaître, le genou a dégonflé, la guerison était obtenue.

Une nouvelle radiographie exécutée deux mois plus tard a montré l'intégrité des surfaces articulaires.

Les auteurs insistent sur la rareté de faits semblables et sur l'efficacité de la médication bien adaptée à la cause.

M. *Sicard* n'a obtenu dans une série de cas, notamment dans une observation de spondylite typhique, aucun résultat par la vaccination.

M. *Dufour* considère que c'est justement dans le cas de spondylite typhique que la vaccination agit le mieux.

Urticaire par ingestion de pain. — MM. *Pagniez* et *Coste.* rapportent l'observation d'une malade qui présentait des poussees d'urticaire par ingestion de pain et guérie par l'ingestion de pain complet.

Sensibilisation au pain. — MM. *Pasteur-Vallery-Radot* et *A.-R. Barrieu* ont pu étudier, pour ainsi dire experimentalement, pendant plus d'une année, le cas d'un enfant de onze ans qui, depuis l'âge de dix-huit mois était atteint d'urticaire. Ils ont constaté que cette urticaire était due à l'ingestion du pain et de la farine qui entre dans la composition des pâtes alimentaires. Après une phase de plus de neuf années où l'enfant fut sensibilisé uniquement à la farine de blé, survint une seconde phase où l'enfant fut sensibilisé à des protéines variées : ce sont les cutiréactions qui ont mis sur la voie de ces sensibilisations secondaires. Dans une dernière phase l'enfant se désensibilisa spontanément.

Un fait est particulièrement digne de remarque ; le pain complet ne provoquait pas d'urticaire ; bien plus, lorsque l'en-

© BIU Santé

fant, en même temps que du pain ordinaire, ingérait du pain complet (qui est fabriqué avec le grain de blé et son cortex), l'urticaire n'apparaissait pas. Le cortex du grain de blé s'est donc comporté comme s'il renfermait une substance empêchant l'urticaire provoquée par la farine de grain de blé décortiqué. Cette constatation de l'action empêchante d'une substance agissant comme une vitamine semble devoir éclairer la pathogénie et la thérapeutique de certaines urticaires dont l'origine et le traitement sont actuellement si obscurs.

M. ***Flandrin*** rapproche de ces cas ceux observés pendant la guerre où les poussées d'urticaire et d'eczéma étaient causées par l'ingestion de pain complet.

M. ***Lesné*** insiste sur le fait que le pain est surtout nocif chez les petits enfants.

Deux cas de tétanos guéris par la sérothérapie massive. — MM. ***Thabaud*** et ***Baur*** (de Beyrouth) rapportent deux nouveaux cas de tétanos guéris par la sérothérapie massive. Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a dans les gros fracas osseux à renoncer à la sérothérapie préventive qui n'évite pas l'éclosion du tétanos, lequel souvent se localise, évolue à bas bruit et devient alors le diagnostic très difficile. Dans ce dernier cas la discordance entre le pouls élevé et la température ôte le masque à l'infection latente et atténuée.

Goître exophtalmique ; poussées concomitantes d'hyperthyroïdie et de diabète parallèlement améliorées par l'insuline. — MM. ***Pr. Merklen***, ***Wolf*** et ***C. Kayser***. — Une malade de 37 ans, basedowienne, entre à l'hôpital en proie à une poussée d'hyperthyroïdie coïncidant avec des signes de diabète : polydipsie, polyurie, glycosurie et glycémie. Le traitement par l'insuline a facilement raison de l'élément diabète. Le sucre urinaire disparaît en six jours ; la glycémie plus lente à se réduire, tombe néanmoins de 2 gr. 80 à 1 gr. 80 ; les symptômes subjectifs cèdent rapidement. Mais, en même temps que se notent ces faits aujourd'hui classiques, on observe une rétrocession évidente des accidents d'hyperthyroïdie ; le pouls se ralentit, les palpitations cessent, l'état général se remonte, le facies perd son aspect hagard et anxieux, les bouffées de chaleur et les sudations ne se manifestent plus, le psychisme revient à la normale, la poussée basedowienne en un mot s'apaise.

Il ne s'agit pas d'ajouter aux nombreux traitements du goître exophtalmique un traitement nouveau. Les déceptions sur ce point doivent rendre circonspect. Le repos, les soins, le rôle de la suggestion, tout cela est à prendre en considération. Il n'en demeure pas moins que, avant et après les injections d'insuline, la malade n'était plus la même.

Depuis longtemps on connaît l'antinomie entre le pancréas et la thyroïde. Cette donnée ne peut pas ne pas être rappelée en la circonstance. Mais, en dépit de ce qu'on a écrit, il n'est pas démontré que la glycosurie et le diabète des basedowiens soient d'origine thyroïdienne. Cependant l'insuline dans cette observation est apparue comme l'antagoniste de la sécrétion exagérée de la grande thyroïde.

Endocardites infectieuses subaiguës curables. — M. ***Libmann*** (de New-York) étudie la symptomatologie clinique de ces endocardites et montre une série de films sur lesquels on peut voir avec netteté les lésions anatomiques de l'endocarde. L'auteur insiste tout particulièrement sur les lésions de la rate et des reins.

M. ***M. Renaud*** partage l'opinion de M. Libmann et considère que les endocardites infectieuses malignes ne sont pas toujours mortelles.

L'ictère toxique par les moules. — MM. ***Noel Fiessinger*** et ***André Ravina*** résument plusieurs observations d'ictères aigüs dus à l'ingestion de moules. Ces ictères surviennent deux à trois jours après le repas qui les a provoqués. Souvent précédée de vomissements ou de diarrhée, parfois d'urticaire, leur évolution clinique demeure bénigne et présente tous les caractères de l'hépatite aiguë connue sous le nom d'ictère catarrhal.

Après avoir étudié les différentes substances toxiques isolées de *Mytilus edulis*, les auteurs résument leur propres expériences. Celles-ci ont porté sur la souris, et surtout sur le cobaye.

L'injection d'extraits glycérinés, ou mieux d'extraits alcooliques, provoque chez ces animaux des altérations marquées du chondriome de la cellule hépatique autour de l'espace porte, au centre du lobule.

De telles expériences témoignent de la présence d'une substance hépatotoxique chez la moule. Cette substance paraît faiblement toxique et différente, soit au point de vue qualité, soit au point de vue doses, de celles qui déterminent les grandes intoxications par les moules. Elle est loin d'agir d'une façon aussi massive et semble favorisée par une sensibilité viscérale spéciale du sujet atteint.

Néphrite d'origine rhinopharyngée. Intervention. Guérison. — MM. ***Léon Kindberg*** et ***André Bloch*** rapportent l'observation d'un jeune homme de 18 ans pris subitement dans la nuit d'une crise épileptiforme. Celle-ci en relation avec une forte hypertension artérielle et de l'albuminurie, fut mise sur le compte d'une lésion rénale, elle-même entretenue par une infection chronique du rhinopharynx. Une intervention locale, en guérissant celle-ci, entraîna la disparition définitive de tous les autres accidents. Cette thérapeutique étiologique des néphrites ne doit jamais être perdue de vue, surtout chez un sujet jeune : l'intervention du spécialiste peut empêcher l'évolution ultérieure d'un mal de Bright.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1924.

La séance débute par une note biographique sur Raphaël Blanchard. ***Laignel-Lavastine***, à ce propos, fait preuve de ses qualités habituelles d'historien et de psychologue. Il nous montre Raphaël Blanchard établissant son *Corpus inscriptionum* avec le même soin que des ouvrages d'histoire naturelle et ne négligeant aucun des détails qu'exige l'épigraphie moderne, Blanchard revit avec une intensité singulière dans ce tableau de sa vie.

Neveu continue ses études sur l'hygiène antique : il nous expose l'aménagement en eau potable des villes de l'Afrique romaine. L'adduction de l'eau est complétée par la création de réservoirs d'épuration. D'immenses citernes sont créées et divisées par des valves en chambres isolées pour le nettoyage. Non seulement Carthage, mais encore les villes du désert sont largement approvisionnées. Des compteurs mesurent la quantité d'eau employée. Des corps d'agents spéciaux sont organisés pour leur surveillance. ***Regnault*** rappelle à ce sujet les efforts des Arabes dans le même sens « notamment à Kairouan : mais leurs constructions sont tombées en ruines par suite de l'impéritie orientale. ***Ménestrier*** signale qu'au palais de Minos, en Crète, les tuyauteries étaient déjà très perfectionnées, il y avait des W. C. avec des chasses d'eau.

La chirurgie est représentée dans cette séance par une communication de ***Jeanselme*** et ***Lecène*** sur la cure radicale des « ruptures ou descentes » par les chirurgiens albanais au XVIIIe siècle. Le patient est lié sur une planche. Une incision au rasoir permet de ramener les intestins dans l'abdomen. Une ligature en masse de la peau avec résection d'une partie des téguments maintient la « descente » en place. Jusqu'ici l'opération est grossière mais rationnelle. L'application de blancs d'œufs sur la plaie et l'observation de leur bouillonnement, dont le chirurgien tire un pronostic favorable s'il se produit, reste moins facile à expliquer. Au bout de 30 à 40 jours, le malade doit être guéri. Les jambes ont été immobilisées pendant tout ce temps. ***Regnault*** pense que l'usage des blancs d'œufs se rapporte peut-être à une manipulation magique. ***Ménestrier***, au contraire, suppose qu'il s'agit là de l'emploi d'un topique appliqué avec ignorance.

L'alcoolisme à Byzance fait aussi l'objet d'une note de ***Jeanselme***. Byzance était entourée de vignobles et Ménandre dans la *Joueuse de flûte*, fait ainsi parler un Byzantin : « Nous buvons

© BIU Santé

toute la nuit du vin en ton honneur. C'est pourquoi à mon réveil il me semble avoir quatre têtes ».

L'alcoolisme se développe à mesure des progrès de la décadence. Jean Chrysostome expose en vain les dangers de l'ivrognerie : la pesanteur de tête, l'amblyopie, la goutte, les parésies, la jaunisse. D'autres écrivains signalent les troubles mentaux et les crises convulsives. Le peuple y reste insensible. En 682, un concile doit interdire aux moines de tenir des tavernes et empêcher la construction de celles-ci près des églises. Les jours de fêtes, les cabarets ne resteront ouverts que pendant douze heures. En 1452, à la veille de la catastrophe, l'ivrognerie et la débauche sont la règle. Seuls les évêques et les fonctionnaires échappent en partie au fléau. Dix basileus, sont victimes de leurs excès alcooliques. Cette contribution importante à l'histoire de la dégénérescence d'une race mériterait d'être vulgarisée comme avertissement pour les législateurs, qui oublient parfois les dangers de l'alcoolisme. Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1924.

Le président prononce l'éloge des membres de la Société décédés pendant les vacances : MM. Richelot, Rochard, Hallopeau et Broca.

La séance est ensuite levée quelques minutes en signe de deuil.

Orchite subaiguë par torsion de l'hydatite de Morgagni. — M. *Mouchet* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Berguet. Il s'agissait d'un enfant qui présentait des signes d'orchite subaiguë analogues à ceux qu'a décrits le rapporteur dans la torsion de l'hydatide de Morgagni. L'opération montra qu'il s'agissait en effet de cette affection : la vaginale contenait un peu de sérosité, et l'hydatide, de teinte noirâtre, était tordue de 3 tours dans le sens des aiguilles d'une montre. La guérison fut rapide et on ne trouve dans les antécédents rien de spécial à signaler. Ce cas est au total absolument identique aux 7 cas antérieurement publiés.

Kyste sérohématique de la rate. — M. *Basset* rapporte un travail de M. Belot (Marine) concernant une observation de pseudokyste de la rate. Il s'agissait d'un jeune ouvrier qui en dehors de tout traumatisme est pris brusquement d'un point de côté très violent. L'examen le montre porteur d'une tuméfaction arrondie, sous la paroi abdominale dans la région splénique. On relève dans les antécédents deux accès de paludisme antérieurs. La masse augmente vite et la radio montre ses relations avec la rate. Une ponction retire une quantité assez considérable de liquide sérohématique et est suivie d'une injection de 20 cmc. d'électroargol dans la poche. La tumeur augmente bientôt à nouveau. Bientôt l'état général devient moins satisfaisant. On refait une ponction et on injecte cette fois du nitrate d'argent au millième. Trois jours après aggravation brusque avec fièvre. Une troisième ponction démontre que cette fois la poche contient des gaz en abondance et les examens montrent du perfringens. L'intervention chirurgicale est jugée nécessaire ; de la poche s'échappent des gaz et du liquide sérohématique, on se contente de drainer. Un fragment prélevé montre l'absence de revêtement épithélial.

L'état général du malade s'améliora rapidement ; il fut complètement guéri au 60e jour et cette guérison s'est maintenue.

Ces pseudo-kystes de la rate sont maintenant bien connus. Le rapporteur critique la conduite suivie dans ce cas. Les ponctions sont en effets rejetées par tous les auteurs comme inutiles et dangereuses. Et les injections faites dans la poche étaient fatalement vouées à l'insuccès. L'intervention eût gagné à être plus rapide.

Absence de battements d'un anévrysme aortique. — M. *Miginier* relate l'histoire d'un malade qui souffrait depuis deux ans d'un point de côté violent et pénible au niveau du sein gauche. L'examen médical était absolument négatif. La réaction de Wassermann faite à deux reprises était négative. La radiographie montrait une grosse tumeur intrathoracique mais paraissant indépendante du cœur et de l'aorte et ne présentant aucun battement. La réaction de Weinberg deux fois fut positive si bien qu'on pensait à la possibilité d'un kyste hydatique. Le malade souffrant beaucoup on décida d'intervenir. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte thoracique lequel ne présentait de battements ni à la vue, ni à la main. L'absence de battements dans une tumeur thoracique ne doit donc pas faire rejeter le diagnostic d'anévrysme.

M. *Lecène* fait remarquer que la radiographie est contraire à l'hypothèse d'un kyste hydatique du poumon, car ces kystes ont toujours des bords ronds et nets et dans ce cas la tumeur a sur son bord interne un contour flou et irrégulier.

M. *Cunéo* estime qu'il ne faut pas trop s'étonner de cette absence de battements dans une poche anévrysmale car à la radioscopie on ne voit pas non plus les battements des gros vaisseaux.

René GIROUX.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les propriétés pharmacodynamiques de l' " Allium Sativum "

Nous avons parlé il y a quelques mois d'une thèse du Dr Vlaïcowitch de Nancy sur l'ail en thérapeutique.

Rappelons que cet auteur s'était surtout attaché à montrer l'action de l'alcoolature d'Allium dans les maladies pulmonaires, la tuberculose en particulier. Il avait remarqué que le rythme de l'élimination de l'ail par les voies respiratoires n'était pas le même chez les différents sujets traités, et il avait cherché s'il n'y avait pas un moyen de mesurer la vitesse d'élimination de l'ail chez l'individu sain et chez le tuberculeux. C'eût été là une méthode d'exploration fonctionnelle du poumon comparable à celle que nous possédons déjà pour le rein. Malheureusement, aucun réactif suffisamment sensible ne permet de doser les sulfures dans l'air expiré et la question en était restée là lorsque le Dr Girardot, de Lyon, eut l'idée d'utiliser la propriété hypotensive de l'ail pour juger de sa vitesse d'élimination.

Le Dr Pouillard, dans un précédent travail sur l'ail et son pouvoir hypotenseur (Thèse Paris, 1922), avait signalé déjà que la baisse de tension obtenue par l'absorption d'ail était toujours plus importante et de plus longue durée chez le malade atteint d'affection pulmonaire.

Le Dr Girardot a confirmé cette observation en vérifiant les baisses de tension obtenues chez des tuberculeux pulmonaires traités par l'ail, mais il ajoute qu'un mauvais état du foie peut aussi retarder l'élimination ou la destruction de l'ail dans l'organisme, et il conclut ainsi :

« Bref, dans l'impossibilité où nous sommes de déterminer, « chez nos malades traités par l'ail, qui subissent une variation « de la tension artérielle, la part de responsabilité qui revient « au poumon et celle qui revient au foie, nous pensons devoir « considérer l'emploi de la teinture d'ail comme un mode « d'exploration fonctionnelle mixte de ces organes dans la « tuberculose pulmonaire et en définitive comme une épreuve « des moyens de résistance générale de l'organisme à l'infec- « tion bacillaire. »

Il était intéressant de signaler ces essais qui montrent bien que l'ail n'est pas une plante quelconque, mise en vedette par la mode, mais un médicament aux propriétés pharmacodynamiques, maintenant bien définies grâce aux divers travaux qui ont été faits sur la pharmacodynamie de l'ail depuis trois ans.

Maladie pulmonaire et hypertension restent toujours les deux affections tributaires de l'ail qui peut être administré soit sous forme d'alcoolature, soit sous forme de pilules dragéifiées sans aucune odeur.

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Un traitement rapide de l'impétigo

Toujours rechercher le phtiriase.

1° Couper les cheveux et les ongles.

2° Faire tomber les croûtes.

Les pansements humides chauds à l'eau bouillie ou les cataplasmes de fécule, les ramollissent rapidement.

Les croûtes enlevées, cautériser trois fois par jour les lésions avec :

Eau d'Alibour ..... } 40 grammes
Eau bouillie ..... }

Dans les cas tenaces, le nitrate d'argent à 1/20 ou 1/10 se montrera plus efficace.

Les préparations à base de xylol, fuchsine, couleurs d'aniline en général, peuvent être employées, mais sont irritantes et n'isolent pas les lésions.

Il est préférable d'appliquer une épaisse couche d'*Inotyol* après cautérisation. La lésion est ainsi isolée, et la cicatrisation, est rapide, le pouvoir kératoplastique de ce produit étant élevé.

Renouveler le pansement chaque jour, après décapage soigneux à l'eau bouillie tiède, suivi d'une cautérisation.

3° Eviter la contagion : en isolant le malade.

4° Eviter l'autoinoculation :

par de fréquents lavages et brossages de mains.

Ce traitement, appliqué dans les cas dits rebelles, amène une guérison en 12 à 15 jours au maximum.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

ALLIUM COIRRE

Préparation d'Ail frais stabilisé : Marque STASIMA

INDICATIONS { Hypertension (*Thèse* Pouillard, Paris, 1921).
Affections pulmonaires (*Thèse* Vlaïcovitch, Nancy, 1924).
Entérites, oxyures.

DEUX FORMES PHARMACEUTIQUES { Alcoolature.
Pilules dragéifiées.

ALCOOLATURE { Médication pulmonaire : XXX à L gouttes par jour en deux fois.
Hypertension : XX à XXX gouttes par jour en deux fois.

PILULES { Médication pulmonaire : 4 à 8 pilules par jour en deux fois.
Hypertension : 2 à 4 pilules par jour en deux fois.

LABORATOIRES DU DOCTEUR COIRRE, 5, Boulevard du Montparnasse, PARIS (6e)

INTRAITS
EXTRAITS
FONDANTS
COLLOBIASES

DAUSSE

AMPOULES
SCLÉRAMINE
HÉMOGÉNOL
PAVÉRON

Registre du Commerce Seine N° 20.746

© BIU Santé

VARIÉTÉS

La maladie de Cromwell

Pascal avait raison ! Je ne veux pas dire qu'il n'eut jamais tort.

Le mathématicien qu'il fut a vraiment résolu le calcul de Cromwell.

Dans la *Chronique Médicale*, à la page 106, je lis :

« Le Protecteur a succombé aux accès répétés d'une *fièvre intermittente* devenue *pernicieuse* etc. »

Ce sont les données du calcul.

Je me demande si Cromwell a fait du service aux colonies et aussi si les anophèles de la Tamise empoisonnent leurs suçoirs de germes malariques.

J'en doute fort.

L'idée de *fièvre urineuse*, résistant au quinquina, comme de juste, doit se concréter autour « du petit gravier » de Cromwell. La minuscule « pierre » rayait et labourait son uretère et *infectait* avec ses accès multiples et pour la fin *pernicieux* l'organisme du dictateur de fortune brasseur de métier.

Il faut garder pour ce qu'elle est d'accord avec ce diagnostic retrospectif, la belle légende de Pascal qui fait arrêter le mouvement du monde sur un grain de sable.

Au reste, le grand homme, plus près que nous de cette observation médicale, a dû en avoir des relations précises. La fièvre pernicieuse qui rongeait Cromwell est une FIÈVRE URINEUSE.

Dr LOUVEL,
de la Ferté Macé

ANALYSES

The signifiance of phosphates in the production of the tetany (Le rôle des phosphates dans la production de la tétanie). Frank. P. UNDERHILL, ERWIN G GROSS et William COHEN, *Jour. of Metabolic Research*, mai-juin 1923.)

Les solutions de phosphate de soude et de potasse, injectées dans les veines ou le péritoine des chiens et des lapins, causent une diminution de calcium proportionnelle à la quantité injectée ; elles produisent de la tétanie, du moins chez le chien. L'injection de sel de chaux arrête la tétanie chez les lapins, mais non chez les chiens. Les injections à fortes doses d'ortho-phosphate de sodium ne déterminent pas de modifications quantitatives dans la teneur en calcium des os de lapin, si l'on en juge par la radiographie et l'analyse chimique. L'injection péritonéale produit une forte concentration du sang, qui peut être considérée comme un facteur de la mort, qui survient habituellement.

J. LAFONT,

L'ulcus gastrique et duodénal. (Sir Berkeley MOYNIHAN, 80 p. Traduction de V. Pauchet. Doin, Paris, 1924.)

La traduction de Pauchet fera connaître aux chirurgiens français le détail des conceptions de Moynihan sur lesquelles on s'est quelquefois mépris. Moynihan recommande le traitement chirurgical : il considère que seul il peut guérir la grande majorité des ulcus chroniques duodénaux et gastriques mais c'est surtout une *critique très serrée du traitement médical et du traitement chirurgical actuel*. Médecins et chirurgiens, en général, soignent mal les ulcus et c'est là la cause de leurs insuccès.

L'étude clinique est courte. L'ulcus gastrique se diagnostique uniquement par la laparotomie et l'examen radiologique qui montre une « encoche, un diverticule » ou une « niche ». Dans 50 p. 100 des cas, ce renseignement fait défaut. Il faut

(*Voir la suite page* 958.)

Dans les cas d'insuffisance protéopexique du foie : migraine, urticaire, insomnie, intoxication alimentaire, le Peptonal Rémy (peptone inaltérable) donne des succès constants.

2 formes { Comprimés : 2 avant chaque repas
Granulé : 2 cuil. à café — id. —
(1/2 dose pour les enfants)

R. C. Seine, 40 727

Echantillons & Littérature sur demande adressée.
LABORATOIRES
DURET & RÉMY
5 Avenue des Tilleuls
Paris. Montmartre

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La Leucocytose digestive

Par le Dr André PLICHET.

L'étude des variations physiologiques des globules blancs a repris de l'intérêt depuis les travaux de M. le professeur Widal et de ses élèves sur l'hémoclasie digestive. Parmi ces variations, la leucocytose digestive a suscité de nombreuses recherches.

Découverte en 1859 par Wirchow, elle fut, dès cette époque, discutée et pour arriver aux temps modernes, si les travaux de Hayem, de Richet, Achard et Loeper, de Brodin et St-Girons ont démontré la réalité de cette leucocytose post-prandiale, si les traités classiques de physiologie, d'hématologie la mentionnent, par centre, nombre d'auteurs pensent avec Mauriac et Cabouat (1) qu'étant données les nombreuses variations de nombre des leucocytes dans la journée, il vaut mieux parler d'oscillations digestives des leucocytes que de courbe leucocytaire.

Ces divergences d'opinions s'expliquent facilement. Il est incontestable que les variations leucocytaires au cours de la journée chez un même individu sont nombreuses, Ces variations dépendent soit du milieu extérieur, soit de l'individu observé, soit de l'observateur. Mais si on se place dans des conditions d'expérimentation qui réduisent au minimum ces facteurs de perturbation, on voit que ces variations sont minimes et qu'en tous cas, elles ne sont pas du même ordre de grandeur que les variations des leucocytes observées après l'ingestion d'un repas.

Sur les conseils de notre maître, M. Pagniez, nous avons repris l'étude de la leucocytose digestive et l'ensemble de nos recherches ont fait l'objet de notre thèse (2).

Nos expériences, au nombre d'une centaine, en dehors des cas pathologiques sur lesquels nous reviendrons ultérieurement, nous ont montré la réalité d'une leucocytose plus ou moins importante après l'ingestion d'aliments. Comme les auteurs qui se sont occupés de cette question, en particulier comme Brodin et St-Girons (3), Dorlencourt et Bano, (4) nous avons trouvé que les variations leucocytaires qui suivent l'ingestion d'un aliment présentent deux phases : une phase de leucopénie et une phase de leucocytose. On trouve d'abord une chute brusque des globules blancs sensible dès la première numération, soit dix minutes après l'ingestion .

Cette leucopénie dure un temps variable, puis peu à peu le chiffre des globules blancs se relève pour devenir maximum de une heure à trois heures après les repas.

Il pouvait être intéressant étant données les grandes variétés de tracés de leucocytose, d'étudier l'influence de la composition des repas. Cette étude avait fait l'objet de travaux antérieurs de l'école de Dorpat, de Richet et Lassablière (5), de Nicolas et Cot (6), de Brodin et St-Girons.

(1) Mauriac et Cabouat. — Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire chez l'homme normal. (*Paris Médical*, 21 mai 1921.)

(2) A. Plichet. — La leucocytose digestive. Analyse et essai d'interprétation (Amédée Legrand, 1924.)

(3) Brodin et St-Girons. — Contribution à l'étude de la leucocytose digestive (*C. R.* de l'Académie des Sciences, 18 fév. 1918).

(4) Dorlencourt et Bano. — La leucocytose digestive chez le nourrisson. *Presse médicale*. 26 juin 1920.

(5) Richet et Lassablière. — *C. R.* de la Société de Biologie. 9 avril 1913.

(6) Nicolas et Cot. — *C. R.* de la Société de Biologie, 21 janvier 1915.

Dans une série d'expériences nous avons étudié le pouvoir leucocytaire des substances fondamentales : albumine, hydrates de carbone, graisses, absorbées par un même sujet, et nous avons pu déduire de la comparaison des différents tracés qu'il existait une *hiérarchie* dans le pouvoir leucocytogène des aliments, et que l'on pouvait ranger ceux-ci dans l'ordre décroissant suivant : viande, lait, beurre, sucre.

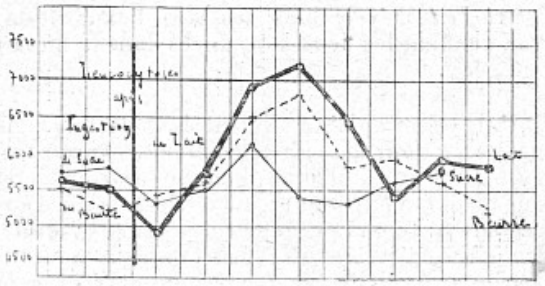


Fig. 1.

Il nous a été donné de voir que si chez un même sujet la leucocytose apparaît deux à trois heures après un repas ordinaire, elle apparaît beaucoup plus tôt, une ou deux heures après l'ingestion d'un aliment unique, tel que le lait, le beurre, le sucre.

Nous avons étudié également l'action d'autres substances. Il serait fastidieux de les énumérer ici, mais de l'ensemble de nos expériences il nous a semblé que les faits suivants se dégageaient : l'albumine d'œuf ingérée n'amène que de faibles perturbations des globules blancs ; les substances alimentaires donnent d'autant moins de leucocytose qu'elles contiennent plus de substances grasses. Quant aux liquides, ils ont un pouvoir leucocytogène d'autant plus intense qu'ils s'éloignent par leur composition de l'eau pure, celle-ci ne donnant aucune leucocytose digestive.

D'une façon générale, il nous semble qu'il n'y a pas de proportionalité entre l'importance de la leucocytose digestive et les quantités d'aliments ingérées. Mais il y a certaines substances qui sembleut avoir le pouvoir de donner, ingérées à petite dose, une leucocytose assez forte. C'est ainsi que l'alcool à petite dose donne une forte leucocytose qui semble augmenter jusqu'à un certain point de dilution.

L'ingestion des amers que l'on donne couramment en thérapeutique, provoque également une leucocytose.

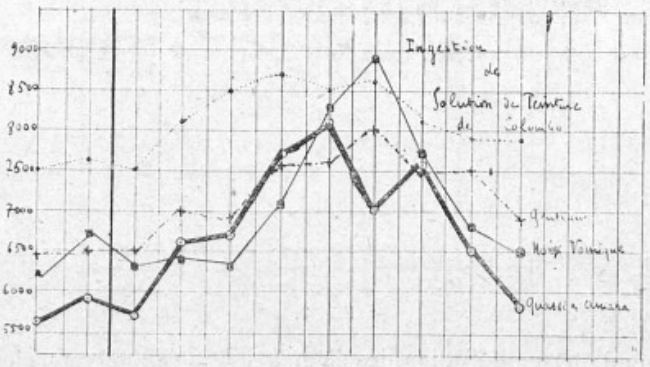


Fig. 2.

Nous nous sommes servis, comme MM. Loeper et Marchal, dans leurs expériences sur la leucopédèse gastrique, de solutions de teinture de quassia, de colombo, de gentiane, de noix vomique.

© BIU Santé

Dans le graphique ci-contre, nous voyons que l'on peut ranger les amers dans l'ordre suivant au point de vue leucocytogène : quassia amara, noix vomique, gentiane, colombo. Nous rapprocherons ces résultats de ceux obtenus par MM. Loeper et Marchal dans la leucopédèse gastrique. L'ingestion de quassia amara provoque une sécrétion d'HCl plus importante que celle produite par les autres substances ; d'autre part, la teinture de colombo contient une forte proportion d'hydrates de carbone.

Peut-être faut-il voir dans ces faits l'explication du rang que tiennent les deux substances dans la hiérarchie leucocytogène.

Ainsi, l'introduction d'un aliment dans l'estomac détermine des variations des globules blancs, variations de grandeurs différentes. Il était logique de considérer ce que pouvait donner comme leucocytose la mise en jeu du processus sécrétoire et moteur de l'estomac et de voir si l'on ne pouvait établir un rapport entre la quantité de suc gastrique produite par l'ingestion d'un aliment et son rang dans le classement leucocytogène que nous avons essayé d'établir. On sait notamment que le suc gastrique produit après ingestion de viande est plus acide que le suc de lait, que l'ingestion d'huile neutralise le suc gastrique jusqu'à réduire sa puissance d'un tiers, que l'ingestion d'eau amène une très légère sécrétion de suc gastrique, inconstante d'ailleurs.

Tous ces faits nous ont amené à étudier la leucocytose digestive après ingestion d'une solution d'acide chlorhydrique se rapprochant du suc gastrique normal.

Avec M. Pagniez (1), nous avons étudié chez 13 sujets normaux les variations globulaires après l'ingestion d'une solution d'HCl. Dans ces expériences, l'augmentation du nombre des leucocytes apparaît environ une heure après l'ingestion. Elle dure un temps variable, en moyenne d'une heure quarante-cinq minutes à deux heures. Ici, comme dans la leucocytose consécutive à l'ingestion d'aliments, on peut voir la courbe tantôt régulière, tantôt plus ou moins accidentée et dessinant un tracé en plusieurs temps. L'augmentation est avant tout le fait d'un afflux

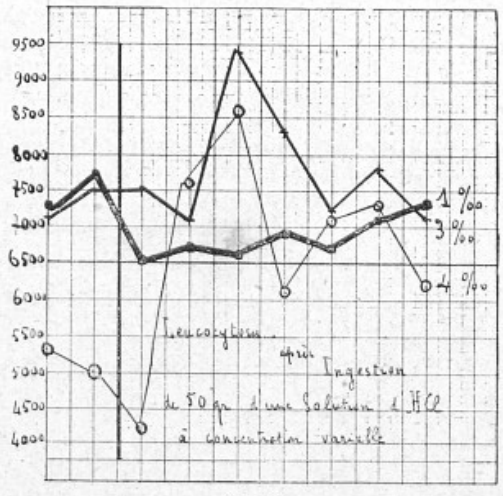


Fig. 3.

ou d'une mobilisation des éléments à noyau polymorphe et dans la règle les mononucléaires ne subissent que peu de variations. L'abaissement de concentration du liquide en HCl ne peut être descendu au-dessous de 1 °/₀₀, l'effet alors devient nul, et ceci montre bien que le phénomène n'est pas d'ordre banal et n'est pas la simple conséquence d'ingestion de liquide et la mise en tension de l'estomac. De pareilles recherches avaient été faites avant les nôtres par Ciaccio, et depuis elles ont été confirmées par Marino, Puxeddu, en Italie.

La pepsine, autre constituant du suc gastrique, ne semble pas avoir d'action leucocytogène. Nos expériences avec la pepsine ont été négatives.

Les aliments, introduits dans l'estomac, produisent une excitation mécanique. On pouvait se demander si la leucocytose digestive, observée soit après introduction d'aliments ou d'une solution d'HCL, n'était pas due justement aux mouvements péristaltiques de l'estomac, sorte de brassage qui doit faire fuir vers la périphérie les globules blancs des parois gastriques. Nous avons cherché si l'introduction, dans l'estomac, de sondes des Einhorn ou de Reyfus, qui sont terminées par une petite ampoule métallique, produisait une augmentation des globules blancs.

Pendant toute la durée du séjour de la sonde dans l'estomac — ou dans le duodénum — séjour contrôlé par la radioscopie — nous n'avons observé ni leucocytose, ni leucopénie. Mais si en même temps que ce corps étranger, entre dans l'estomac une quantité suffisante de salive, on obtient, comme nous nous en sommes assurés en aspirant par la sonde, une sécrétion gastrique et en même temps une leucocytose digestive se produit.

***

Nous n'avons pas entrepris cette étude de la leucocytose digestive dans le seul but de déterminer les conditions d'apparition de cette leucocytose, d'étudier la hiérarchie des aliments leucocytogènes, mais nous espérions qu'en approfondissant le fonctionnement de la leucocytose digestive, nous pourrions peut-être apercevoir une partie tout au moins de sa genèse.

Cette question est loin d'être élucidée. Nous ne voulons pas reprendre en détail toutes les théories qui ont été proposées pour expliquer la leucocytose digestive. Elles ont été étudiées dans des travaux récents et particulièrement dans les thèses de Kronulitsky (1) et de Michel (2). Nous voulons simplement montrer quelles modifications les travaux modernes ont apporté aux théories anciennes.

Ces théories peuvent se résumer à deux :

La théorie de néoformation, précédée ou non de destruction de globules blancs au moment de la digestion.

La théorie du déplacement des globules au moment de la digestion.

Actuellement, on tend à admettre la théorie de déplacement ou de répartition inégale des leucocytes plutôt que celle de la néoformation précédée ou non de destruction. On n'a pas constaté du reste, à notre connaissance, la réalité et l'importance de cette destruction par le dosage de l'acide urique dans le sang, dans les selles et l'urine.

Mais il reste à trouver le *primum movens* de ce déplacement.

A considérer une courbe de leucocytose digestive, nous voyons qu'immédiatement après l'ingestion d'un aliment, il y a une baisse des globules blancs. Cette chute est un

(1) Pagniez et Plichet. — Recherches sur le mécanisme de la leucocytose digestive. Rôle de l'acide chlorhydrique. (*Presse Médicale*, 27 janv. 1923.)

(1) Kronulitsky. — La leucocytose digestive. Paris 1914. Jouve.
(2) Michel. — Contribution à l'étude de la leucocytose digestive et des variations leucocytaires chez l'enfant. Paris 1921.

© BIU Santé

phénomène physiologique normal et la leucopénie que l'on observe dans certains cas et qui constitue pour M. Widal et ses élèves l'élément capital de l'hémoclasie, n'est en somme que l'accentuation et l'exagération de ce phénomène normal.

A cause de la rapidité de production, de la fugacité de cette baisse et par analogie avec les faits bien connus de chimiotactisme des globules blancs, il est séduisant de penser, avec M. Claude et ses élèves, avec M. Tinel, que ces variations leucocytaires qui surviennent immédiatement après un repas, correspondent à une action nerveuse et peuvent être commandés par un réflexe parti de l'estomac. organe innervé par le sympathique et par le vague.

Après cette courte phase de leucopénie, le tracé de la courbe subit une ascension. Une demi-heure ou une heure après l'ingestion, les globules blancs sont revenus aux chiffres de départ. Puis dans la deuxième heure se dessine la leucocytose digestive.

Les variations portent surtout sur les polynucléaires, leur courbe est plus accidentée que celle des mononucléaires qui affecte souvent un tracé presque régulier.

Nous avons vu, d'autre part, que l'importance de la leucocytose digestive chez le même individu variait avec l'aliment ingéré mais que la courbe restait sensiblement la même pour des quantités différentes du même aliment.

Dès lors, nous nous demandons si dans le phénomène complexe de la digestion, le système neuro-végétatif est seul à répondre des variations leucocytaires et du sens de ces variations.

Comment expliquer par exemple cette hiérarchie leucocytogène entre les différentes substances ingérées ? Comment expliquer l'apparition plus rapide de la leucocytose après l'ingestion d'un seul aliment ?

Partisans de la théorie de déplacement ou partisans de la théorie de néoformation, tous les auteurs admettent que la leucocytose digestive est due au passage dans le sang de substances provenant de la digestion. Mais est-ce que ce passage d'albumines plus ou moins désintégrée peut expliquer tous les faits de leucocytose digestive ? Il n'y a pas de passages de protéides dans la circulation après l'ingestion d'HCL et cependant on observe une leucocytose typique.

Si nous serrons le problème de plus près, nous voyons qu'en introduisant une solution d'HCl à 4 % dans l'estomac, nous plaçons cet organe dans les conditions où il se trouve après l'ingestion d'un aliment. L'estomac est vide d'aliments et cependant il contient une solution comparable au suc gastrique que sa muqueuse aurait secrété au contact de l'aliment. Il n'y a pas de passage de protéiques dans le sang et cependant il y a leucocytose. Cette leucocytose varie avec les concentrations diverses de la solution. Plus celles-ci s'écartent de la concentration du suc gastrique, moins il y a de leucocytose. Contrairement à ce que l'on observe pour les autres substances, la quantité d'HCl ingérée a une action sur l'importance de la leucocytose digestive.

Ces expériences que nous avons faites, nous conduisirent à penser qu'il existait une relation entre la sécrétion gastrique et la leucocytose digestive et surtout entre celle-ci et la présence du suc gastrique dans l'estomac. Les travaux si neufs et si originaux de MM. Loeper et Marchal (1) sur la leucopédèse gastrique ont d'ailleurs montré que la sécrétion gastrique était capable de mobiliser les leucocytes. Or depuis Pawlow on sait que les aliments ont une action excito-sécrétoire dissemblable. Chaque aliment a une action propre sur les glandes de l'estomac : action forte pour la viande, le bouillon, les extraits de viande ; action légère pour l'eau ; action nulle pour le blanc d'œuf, le sucre ; action nulle et même neutralisante pour les graisses. La digestion de ces trois dernières substances est amorcée par le suc psychique.

Nous pensons qu'il existe un certain parallélisme entre les faits de sécrétion gastrique et les faits de leucocytose digestive.

Pour l'avoir observé au cours de nos expériences nous pensons, avec Kronulitsky, qu'il existe une leucocytose digestive psychique, leucocytose, à la vérité, faible en comparaison avec celle produite par les aliments. Nous avons pu ranger les aliments, au point de vue de leur valeur leucocytogène dans l'ordre décroissant : viande, lait, beurre, sucre, et c'est justement la même hiérarchie qui classe ces aliments au point de vue de l'importance du suc gastrique qu'ils font sécréter. Le beurre, le sucre ne donnent pas de sucre gastrique et cependant nous avons vu qu'ils donnaient une leucocytose digestive. Mais ces aliments sont assez agréables au goût pour provoquer une sécrétion psychique. véritable suc d'amorce, suffisant pour commencer la digestion, qui se continue ensuite spontanément. Quant aux liquides, nous voyons que l'eau ne donne pas plus de leucocytose digestive qu'elle ne donne de sécrétion gastrique. Le rôle inhibiteur de l'alcool, à fortes doses, sur la muqueuse gastrique, est bien connu depuis Claude Bernard ; parallèlement nous avons vu que les solutions diluées donnent de la leucocytose digestive alors que les solutions fortes d'alcool n'en donnent que de médiocres.

Pour nous s'explique maintenant aussi ce fait qu'un repas mixte donne une leucocytose digestive moins importante et plus tardive que celle donnée par l'ingestion d'un seul aliment : ou bien l'effet de masse annihile tout d'abord complètement le suc gastrique ; ou bien le repas fractionné ne donne pas d'emblée de grande quantité du suc gastrique. Quant aux amers, aux substances apéritives, ils donnent de la leucocytose digestive parce qu'ils font sécréter un suc gastrique abondant, et introduits dans l'estomac leur action excito-sécrétoire persiste.

Ainsi les variations de la leucocytose digestive nous semblent être en rapport étroit avec les variations qualitatives et quantitatives du suc gastrique sécrété sous l'action des différents aliments : *à la hiérarchie excito-sécrétoire correspond la hiérarchie leucocytogène des aliments.*

On pourrait, dans le désir de faire jouer au système végétatif, un rôle de plus, dire que les albumines, les graisses, les sucres, les aliments par leur influence sur la sécrétion gastrique sont en relation étroite avec le système sympathique et parasympathique qui règle en fin de compte l'activité glandulaire. Il y aurait là une excitation variable des terminaisons sympathiques et parasympathiques au niveau de l'estomac, qui retentirait à la périphérie dans le sens de contraction ou de dilatation. La chose est possible, mais nous croyons qu'il ne faut pas limiter à l'estomac le déclanchement de cette leucocytose. Nous ne pensons pas en effet que l'augmentation du chiffre des leucocytes dans le sang après ingestion d'un aliment soit due au passage directement dans la circulation, des constituants du suc gastrique, de l'HCl en particulier. En effet dans l'expérience d'ingestion d'une solution d'HCl on ne peut considérer cette solu-

(1) Loeper et Marchal. — La leucopédèse gastrique, *C, R.* de la Société de Biologie 1923. (*Annales de médecine*, oct. 1923.)

© BIU Santé

tion comme un aliment. Le sujet soumis à cette épreuve n'a vraiment pas d'appétit, de désir passionné, pour parler comme Pawlow, de cette substance. Il n'y a donc pas de sécrétion psychique. De plus le physiologiste russe a montré que l'introduction d'une solution d'HCl dans l'estomac ne faisait pas sécréter l'estomac. Ce n'est donc pas le travail des glandes de l'estomac qui provoque cette leucocytose. Mais il est infiniment probable que l'HCl comme le suc gastrique en passant dans l'intestin met en jeu le processus entéro-hépato glandulaire.

Ainsi, quoique ne prétendant pas à être définitive, la théorie que nous proposons pour expliquer la leucocytose digestive paraît s'adapter mieux qu'une autre à tous les faits observés et se trouve en harmonie avec ce que l'on sait de la physiologie de l'estomac.

VIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIETE FRANÇAISE D'ORTHOPEDIE [1]

(*Paris 10 octobre 1924*)

PREMIÈRE QUESTION

Le spina bifida occulta

Rapporteur : M. MUTEL (de Nancy).

Le rapport, très clair et très documenté, est divisé en trois parties :

PREMIÈRE PARTIE. — C'est une étude anatomique. De l'examen de squelettes et de clichés radiographiques de sujets normaux le rapporteur conclut que la non soudure des arcs vertébraux postérieurs n'est pas toujours pathologique, et, lorsqu'elle est pathologique, n'est pas toujours l'indice d'une lésion médullaire primitive (spina bifida vrai). On peut la rencontrer dans trois cas :

1° *Elle constitue une disposition normale* : à la naissance il existe une déhiscence de l'arc postérieur, sur toute la hauteur du rachis. Puis la fermeture s'effectue progressivement en partant de la région dorsale moyenne, pour gagner vers les extrémités.

Aussi faut-il admettre que « l'image radiographique d'une solution de continuité au niveau des arcs vertébraux est normale chez l'enfant ; elle s'étend sur un plus ou moins grand nombre d'arcs selon l'âge du sujet ; elle est particulièrement persistante : au niveau de la région cervicale, sur l'atlas ; jusqu'à l'âge de quatre ans ; au niveau de la région lombo-sacrée, sur l'arc de la 1re sacrée, très longtemps, jusque vers huit, dix ans et plus ».

Chez l'adulte, il existe des variations morphologiques nombreuses, en particulier à la région lombo-sacrée : l'hiatus lombo-sacré, plus ou moins vaste, est limité en bas par l'apophyse épineuse de S^1 bifide dans 54 p. 100 des cas ; cette déhiscence est asymétrique sur 19 p. 100 des pièces ; en plus de cette déhiscence de l'arc postérieure de S^1 on trouve dans 4 p. 100 des cas la non fusion des arcs postérieurs de S^1 et de S^2 (métamérisation), dans 8 p. 100 des cas il y a accolement des lames de S^1 sans soudure complète, dans 13 p. 100 des cas au contraire il y a absence totale de ces lames, et enfin la déhiscence complète de tous les arcs sacrés a été notée sur 2 p. 100 des pièces. On peut donc conclure que chez l'enfant comme chez l'adulte, cet hiatus vertébral « n'a aucune signification pathologique et n'a donc aucune relation avec les troubles organiques que peut présenter le sujet ».

2° *Il s'agit d'un rachischisis, dû à un spina bifida occulta véritable.* La déhiscence osseuse n'est alors qu'un phénomène secondaire. La lésion est avant tout une malformation médullaire et nerveuse pouvant se traduire par des lésions variées de la moelle (aplasie, étranglement, syringomyélie), des racines nerveuses et des nerfs (adhérences, compressions), par la persistance de la lame épithélio-séreuse (adhérences profondes et superficielles, néoformations), par des lésions du revêtement cutané (cicatrices, adhérences, fossettes, hypertrichose, télangiectasies).

3° *L'image radiographique est celle d'une malformation osseuse pure* intéressant soit le rachis seul, soit d'autres pièces squelettiques du voisinage. Ces déhiscences vertébrales, parfois très étendues, peuvent siéger sur le rachis à n'importe quel niveau et n'entraînent pas de troubles fonctionnels. Au total, trois variétés de déhiscence du rachis postérieur, pour lesquelles le rapporteur propose la terminologie suivante : 1° *hiatus*, indice d'une ossification normale encore inachevée ou d'une simple variation morphologique, 3° *fissure*, indice d'une malformation osseuse pure ; 3° *rachischisis*, indice d'une malformation osseuse sous la dépendance d'une malformation médullaire primitive (spina bifida).

DEUXIÈME PARTIE. — Le rapporteur passe en revue la série des syndromes cliniques qui ont été rattachés, de près ou de loin, au spina bifida occulta.

Il montre tout d'abord que le *syndrome de Klippel-Feil* (syndrome de réduction numérique des vertèbres du cou) est une malformation essentiellement osseuse. La déhiscence des arcs postérieurs qu'on y rencontre souvent n'a la valeur que d'une fissure osseuse n'ayant rien à voir avec le spina bifida. Il en est de même des fissures observées dans la *surélévation congénitale de l'omoplate*.

Dans la *région cervicale* et *cervico-dorsale*, on rencontre deux ordres de déhiscences des arcs vertébraux postérieurs. Le rapporteur les oppose l'une à l'autre : 1° les unes « remarquables par leurs variétés de position, car on les trouve à toutes les hauteurs, par leur largeur, le grand nombre de vertèbres qu'elles peuvent intéresser, le bouleversement coexistant de l'architecture rachidienne ; et cependant, elles ne s'accompagnent d'aucune altération cutanée, d'aucune déficience médullaire ; ce sont des lésions congénitales purement squelettiques », des fissures osseuses ; 2° les autres sont toujours des déhiscences étroites, touchant au maximum trois vertèbres, toujours localisées à la région cervicale inférieure, sans déformation rachidienne, accompagnées de troubles trophiques, sensitifs, moteurs, indices d'une profonde atteinte nerveuse et qui sont la conséquence d'une lésion médullaire primitive : ce sont des rachischisis symptomatiques du spina bifida ». Ces dernières sont bien plus rares et l'auteur n'a pu en relever que six observations.

A la région dorsale, le spina bifida vrai est excessivement rare, on observe assez souvent l'absence d'une apophyse épineuse à la région dorsale inférieure (trou épineux de Denucé et Gourdon), mais M. Mutel croit qu'il s'agit de séquelles provenant de la cicatrisation plutôt d'une fissure vertébrale par malformation osseuse pure que d'un rachischisis par malformation médullaire ».

Des affections multiples ont été rapportées étiologiquement à la *non fermeture des arcs de la Ve lombaire et de la 1re sacrée*, et aux troubles de développement de la terminaison de la moelle qui peuvent être la cause du rachischisis.

Tout d'abord se pose le problème des rapports du spina bifida lombo-sacré avec la *scoliose*.

Le rapporteur rappelle que depuis longtemps (Recklinghausen) on sait que le spina bifida vrai lombo-sacré peut entraîner des déformations vertébrales plus ou moins marquées. Ces descriptions se rapportent à des squelettes de fœtus monstrueux, ou à des nouveau-nés porteurs de spina bifida avec tumeurs (observations dans le livre de Denucé).

Plus récemment on a publié des cas isolés (Frœlich, Kirmisson) de scoliotiques porteurs de spina bifida occulta avec tumeurs, lésions nerveuses ou cutanées. Enfin dans une série de publications, Lance a recherché systématiquement « si certaines scolioses dites essentielles n'étaient pas des scolioses congénitales à manifestation retardée, précisément en rapport avec un spina bifida latent ». Le résultat de ses recherches publié en

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

© BIU Santé

1920 nous a montré que dans la scoliose dite essentielle on trouve une déhiscence vertébrale dans la proportion énorme de 44,26 p. 100. D'après Lance, le spina bifida peut être la cause d'une déviation du rachis de deux manières différentes : 1° par atrophie de l'un des membres inférieurs résultant de l'aphasie médullaire due au spina bifida, cette inégalité des membres entraînant une scoliose statique. Cette aphasie du membre siège presque toujours à gauche et peut s'accompagner du pied creux ; 2° scoliose lombaire par asymétrie vertébrale au niveau de la Ve lombaire ou des Ires sacrées. La fissure est le plus souvent accompagnée de malformations vertébrales plus ou moins complexes (soudure de corps vertébraux, vertèbres supplémentaires, sacralisation, lombalisation, etc.)

Depuis lors de nombreuses observations analogues ont été rapportées, et Mouchet et Rœderer, dans leur rapport au Congrès des pédiatres de langue française (1922), ont admis la fréquence des scolioses congénitales par malformations de la région lombo-sacrée.

Si le rapporteur admet que la première variété décrite par Lance (scoliose statique par inégalité de longueur des membres inférieurs) puisse être rattachée à une aplasie médullaire avec rachichisis vrai, il pense que dans la deuxième variété, scolioses par anomalies osseuses lombo-sacrées, la fente des arcs postérieurs n'a que la valeur d'une fissure et reste une malformation purement osseuse.

On a depuis longtemps signalé la fréquence des hiatus vertébraux dans la *luxation congénitale de la hanche*. Quelquefois, il y a concomitance d'un spina bifida vrai et d'une luxation congénitale de la hanche ; bien plus souvent, avec la luxation, on note la présence d'un simple hiatus lombo-sacré.

Le rapporteur pense que dans le premier cas il y a coexistence « sur le même sujet de deux malformations indépendantes » ; tout au plus, dit-il, pourrait-on admettre que le spina bifida, par le déséquilibre qu'il apporte dans la tonicité des muscles péri-articulaires, soit une cause prédisposante des hanches subluxables. »

Dans le deuxième cas, il s'agit très rarement d'un rachischisis, en rapport avec une malformation nerveuse, le plus souvent il s'agit d'un simple hiatus osseux.

Les rapports du spida bifida avec les *déformations des pieds* sont très complexes.

Le rapporteur examine d'abord les *pieds bots congénitaux*. Il démontre que les plus fréquents sont d'origine ostéo-articulaire. Mais « il existe des pieds bots d'origine nerveuse dus, par exemple, à un spina bifida occulta ». De nombreux auteurs ont admis leur existence. Ils sont « toujours accompagnés de symptômes en rapport avec la malformation médullaire : altérations cutanées, tumeurs sous-cutanées, maux perforants, symptômes discrets de déficience musculaire. La déhiscence osseuse aurait dans ces cas la valeur d'un rachichisis.

Mais à côté du pied bot congénital, des publications multiples dans ces dernières années ont mis hors de doute l'existence de pieds bots acquis, en rapport avec la présence d'un rachichisis apparaissant dans l'enfance. Ces déviations du pied s'exagèrent à l'adolescence et sont de caractère nettement progressif. Il s'agit parfois de varus, de valgus, mais surtout de *pied creux*. (Voir le rapport et la discussion sur le pied creux, *Congrès d'orthopédie*, 1923).

Il y a un rapport certain entre certaines *incontinences essentielles d'urine* et le spina bifida occulta révélé à la radiographie par l'existence d'un rachichisis, mais ceci surtout chez l'adulte. « La moyenne des statistiques, dit le rapporteur, montre que chez l'adulte 50 p. 100 et chez l'enfant 4 p. 100 des incontinences seraient dues à un spina bifida occulta. » Chez l'enfant l'incontinence essentielle est donc le plus souvent d'origine réflexe névropathique.

On a rattaché de même au spina bifida occulta certains *troubles trophiques* : ulcères, maux perforants des pieds, surtout les trophœdèmes et peut-être la sclérodermie en bande.

Le *syndrome douloureux lombo-sciatique* peut être attribué dans certains cas à un spina bifida occulta « causant une méningo-radiculite chronique avec des phénomènes d'irritation ou de déficience sensitivo-motrice ». Peut être dans certains cas a-t-on attribué à tort à la sacralisation de la Ve lombaire des douleurs lombo-sciatiques en rapport avec le spina bifida latent qui accompagne si souvent cette malformation.

Troisième partie. — Le rapporteur y expose l'évolution, le diagnostic et le traitement des accidents dus au spina bifida occulta.

Ils peuvent exister à la naissance ou n'apparaître que plus tard. On dit alors qu'ils sont progressifs.

« L'apparition des accidents progressifs est due à une traction sur les centres nerveux par des brides cicatricielles, à une striction par des tractus fibreux, à une compression par le développement d'une tumeur, à une diminution de la capacité fonctionnelle de la moelle, à des troubles syringomyéliques. »

Pour poser le diagnostic de spina bifida occulta l'examen radiographique ne suffit pas. Le rapporteur établit que « ni le siège, ni l'aspect, ni l'étendue d'une déhiscence ne permettent de préjuger de sa nature à la lecture d'un cliché. La radiographie ne permet pas de poser le diagnostic entre le rachischisis et le spina bifida, il doit être confirmé par d'autres investigations, basé sur d'autres signes cliniques ». Ce sont, soit des signes locaux (lésions des parties sus-jacentes), soit des symptômes à distance : signes de déficience nerveuse, nutritive, motrice, trophiques telles qu'on l'observe dans les pieds bots progressifs, certaines formes de pied bot congénital, d'incontinence d'urine, de lombo-sciatique, de scoliose statique, de trophœdème, de sclérodermie.

M. Mutel signale l'importance de l'exploration au lipiodol sous-arachnoïdienne ou épidurale pour le diagnostic du siège et de la nature de la lésion. Il pense que dans les cas où le lipiodol chemine sans arrêt, démontrant l'intégrité anatomique probable, il faut penser à une aplasie nerveuse. L'arrêt du lipiodol révèle au contraire une compression et la localise.

« Le diagnostic de spina bifida occulta étant posé, un traitement chirurgical dit causal peut avoir pour but de guérir ou d'atténuer les accidents en intervenant au niveau du spina même. » Le rapporteur a réuni 46 interventions avec 2 morts (par infection ; cas anciens) dont 6 explorations négatives ; soit 38 interventions avec 9 échecs, 9 améliorations, 20 guérisons, donc 63 p. 100 de résultats favorables.

On ne peut donc pas dire « que la plupart du temps le traitement chirurgical sera nul ». M. Mutel pense que les statistiques iront en s'améliorant au fur et à mesure que les indications se préciseront. On évitera de plus en plus les interventions inutiles. C'est ainsi que l'exploration au lipiodol constitue un grand progrès. L'intégrité des espaces sus et sous-duréméniens révèle une aplasie au-dessus de l'art chirurgical. L'arrêt du lipiodol révèle l'existence d'une formation anormale, la localise et devient une indication opératoire.

DEUXIÈME QUESTION

L'épaule ballante paralytique

Rapporteur : M. P. Hallopeau (de Paris).

Comme l'établit très bien le rapporteur au début de son travail : « Parmi toutes les paralysies donnant des épaules ballantes, nous pouvons observer des variétés dont la gravité va de la paralysie du deltoïde à la paralysie totale du membre supérieur et de la ceinture thoraco-abdominale. »

Il convient de distinguer les cas dans lesquels une intervention sera profitable au malade. Deux conditions sont nécessaire : 1° que les articulations sous-jacentes (coude, poignet, main) soient le siège de mouvements actifs suffisants pour permettre au malade de se servir utilement, sans appareil, de son membre supérieur ; 2° il faut que l'omoplate ait conservé sa motilité, en particulier, la paralysie du dentelé, du trapèze, du rhomboïde, constituent une contre-indication formelle.

L'épaule ballante par paralysie du deltoïde et des rotateurs de l'épaule seuls constitue, au contraire, la variété la plus favorable.

De quels méthodes thérapeutiques disposons-nous ?

1° Des *appareils* nombreux ont été imaginés, remédiant aux tiraillements sur le paquet vasculo-nerveux par le poids du membre, donnant un point d'appui au bras, et permettant

© BIU Santé

ainsi l'utilisation des mouvements de la main et des doigts. Ces appareils ne permettent pas l'élévation du bras. Ils sont lourds et encombrants.

2° Les *méthodes chirurgicales* au nombre de trois principales :

α. La *greffe nerveuse* qui se fait soit par implantation du nerf paralysé dans un nerf sain, soit par implantation du nerf sain dans le muscle paralysé. Dans ce dernier cas, on cherche à obtenir la neurotisation directe du muscle. On a plus récemment tenté cette neurotisation directe par greffe d'un lambeau de muscle sain dans le muscle paralysé, les terminaisons nerveuses du premier pouvant se développer dans le deuxième. Les myoplasties, myorraphies, greffes musculaires agiraient « non seulement mécaniquement mais encore, physiologiquement, comme distributeurs d'énergie excitatrice à la façon des greffes nerveuses ».

Le rapporteur montre très bien le point faible de ces méthodes : elles ne sont susceptibles de réussite que si on les pratique très précocement, dans les semaines qui suivent la paralysie.

Or, l'on sait combien de mois, d'années même la récupération spontanée demande dans la paralysie infantile. On ne peut donc juger du résultat réel de l'intervention précoce, et de plus celle-ci risque de léser les voies de reconstitution spontanée de la fonction.

β. Les *transplantations musculaires* ont porté surtout sur le trapèze, grand pectoral, dont les insertions supérieures sont reportées au niveau de celle du deltoïde. On a plus rarement employé le petit pectoral, grand dorsal, grand rond et rhomboïde. Ces transplantations peuvent donner des mouvements actifs de l'épaule (45° d'abduction, projection en avant et arrière) ; malheureusement, les mouvements ainsi recouvrés sont « dénués de force et de précision ». Néanmoins ces opérations ne sont pas à rejeter ; conservant la mobilité à l'épaule, ce sont des opérations de luxe « réservées à quelques cas favorables où la mobilité sera préférée à la solidité ».

γ. L'*arthrodèse*, ankylose artificielle de l'articulation de l'épaule permet la transmission des mouvements de l'omoplate au membre supérieur.

Le rapporteur expose la technique classique établie par Vulpius. Le bras doit ensuite être fixé pendant au moins trois mois en forte abduction (au moins 90°), en rotation interne et légère projection en avant.

On a reproché à l'arthrodèse de provoquer une scoliose compensatrice, de prédisposer aux fractures de l'humérus, de gêner la croissance des os.

Ces reproches sont exagérés.

M. Hallopeau expose ensuite les diverses modifications apportées à la technique classique de l'arthrodèse.

La principale consiste à remplacer les fils métalliques d'affrontement et de suspension par des chevilles ou greffons osseux.

L'arthrodèse laisse une épaule ankylosée, mais utilisable, elle remplit exactement le rôle qu'on attendait jadis des appareils prothétiques. L'abduction n'est pas très étendue, elle ne dépasse guère 45 degrés, mais elle se fait avec force pratiquement suffisante.

Le rapporteur termine son rapport par ce sage conseil : « Aucune de ces opérations ne devra être pratiquée hâtivement, les muscles paralysés pouvant s'améliorer spontanément pendant plusieurs années. »

TROISIÈME QUESTION

Métatarsalgie ou maladie de Morton

Rapporteur : M. le professeur MAFFEI (de Bruxelles).

C'est en 1876 que Morton Thomas décrivit sous le titre de : « Une affection particulière et douloureuse de la quatrième articulation métatarso-phalangienne » l'affection qui porte son nom. Le rapport débute par la citation de deux observations de Morton, et, très justement, M. Maffei fait remarquer que la description de l'auteur américain se réduit aux signes subjectifs indiqués par le malade. C'est qu'en effet il y a peu de chose autre, la maladie se borne au symptôme douleur et à ses modalités. La radiographie a montré que l'on faisait rentrer à tort dans ce syndrome douloureux un certain nombre d'affections d'origine osseuse, alors que dans la maladie de Morton véritable on n'observe aucune lésion osseuse.

Le rapporteur définit ainsi la métatarsalgie : une modification des rapports normaux des têtes des métatarsiens survenant à la suite d'un traumatisme, soit lent et progressif, soit violent et soudain, provoquant le pincement ou le tiraillement d'un ou plusieurs filets nerveux, occasionnant ainsi une douleur violente caractéristique, à type paroxystique, enfin ne relevant d'aucune modification anatomopathologique intrinsèque aux organes situés dans la région.

Avant d'exposer ces modifications des rapports des métatarsiens, le rapporteur décrit avec soin la disposition normale de la région : la voûte transversale formée par les métatarsiens avec ses deux points d'appui : interne (premier métatarsien) et externe (quatrième et cinquième métatarsiens).

Il montre que cette voûte est maintenue par le ligament transverse du métatarse, l'aponévrose plantaire profonde et par certains muscles. Il attire en particulier l'attention sur la portion transverse de l'abducteur du gros orteil. D'après lui « ce muscle peut être considéré comme régulateur de cette voûte, et, conséquemment, les modifications de cette voûte pourront entraîner des contractions et des déchirures de ses fibres ». Il montre aussi que, d'après la disposition des nerfs du pied », il semble difficile d'admettre, anatomiquement parlant, qu'une de ces branches digitales puisse être, quelque anormal que soit le déplacement des têtes, prise entre celles-ci, et subir de ce fait un écrasement.

On a, il est vrai, signalé des anomalies prédisposant à l'affection.

Quel est donc le mécanisme de la maladie ?

Le rapporteur admet deux variétés :

Dans la première, la voûte transversale du métatarse s'effondre avec aplatissement et *élargissement* du pied. Il y a écartement des piliers et la « douleur résulte des tiraillements ligamentaires, des crampes du muscle transverse ». Dans la deuxième, il y a tassement de la voûte, elle *s'aplatit sans s'élargir*, les ligaments sont intacts, mais les métatarsiens chevauchent l'un sur l'autre, et la douleur résulte du pincement d'un filet nerveux entre les deux os déplacés. L'existence de cette deuxième variété a été bien démontrée au moyen de moulages et de mensurations par Bassetta.

Les symptômes sont différents dans les deux variétés. Dans la première, la douleur débute, soit brusquement à la suite d'une chute, d'un saut, etc., pendant lequel le poids du corps a été supporté très brusquement par le pied antérieur, soit progressivement à la suite d'une marche ou d'une station debout prolongée, La douleur siège à la région plantaire et affecte le caractère de déchirement ; la pression latérale, le port d'une bottine étroite, la soulagent.

Dans la deuxième, le pied a reçu un choc, une pression latérale, soit brusque, soit progressive (chaussures trop étroites) ; le malade accuse une sensation de pincement de nerf ; le port de toute chaussure devient insupportable, la manipulation du pied, son appui au sol, amènent un soulagement.

Cette douleur initiale est à la longue altérée dans ses caractères par les complications.

Elle constitue le seul symptôme important.

La radio de face et de profil ne montre rien, ou, dans la deuxième variété (Bassetta) un peu d'adduction et de rotation sur leur axe des métatarsiens. Aucune modification de la structure des os. La radiographie permet par contre de distinguer de la maladie de Morton certaines affections confondues jusque-là avec elle : ostéochondrite, maladie de Köhler, ostéites de la tête, fractures méconnues des métatarsiens.

L'étiologie se réduit à peu de choses : une forme défectueuse du pied, l'usage de bottines trop étroites, l'atrophie des muscles du pied qui en résulte.

Le traitement consistera habituellement à chercher à rétablir la voûte plantaire métatarsienne au moyen de pelotes, semelles spéciales, ou encore par la transplantation tendineuse du long extenseur aux têtes métatarsiennes. Ce traitement orthopédique sera presque toujours suffisant.

La résection d'une des têtes métatarsiennes, moyen héroïque, « ne sera jamais qu'une méthode d'exception à réserver aux cas absolument rebelles ».

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1924

L'épreuve d'hyperglycémie et le diagnostic du diabète. — M. ***Marcel Labbé*** fait une communication sur les résultats que donne le dosage du sucre dans le sang, après hyperglycémie provoquée après ingestion, à jeun, de 50 grammes de glucose pure, pour le diagnostic et le pronostic du diabète et pour ces états que MM. Pierre Marie et Beaudoin ont désignés sous les noms de pré ou paradiabétiques, néphrite, obésité, maladie de Basedow, hépatisme, arthritisme, etc. Pour cet examen, quelques gouttes de sang suffisent, ce qui permet de le répéter selon les besoins.

On peut ainsi déceler des états diabétiques importants chez des sujets en apparence sains. Ces états prédiabétiques ainsi dépistés de bonne heure peuvent être traités et enrayés dans leur marche vers un diabète grave. Enfin, cette méthode permet aussi de reconnaître le diabète purement rénal.

La mesure de la fragilité rénale et le choc provoqué. — M. ***Legueu***. L'urémie constitue l'un des facteurs les plus importants des troubles postopératoires. L'azotémie, ni la constante ne permettent toujours d'en prévoir l'évolution après une opération, parce qu'elles n'indiquent ni la fixité du fonctionnement des reins, ni la fragilité avec laquelle, dans d'autres cas, cet quilibre peut se rompre.

L'auteur a proposé de mesurer cette fragilité rénale par un choc provoqué qui réalise à l'avance comme un diminutif de l'ébranlement que va causer l'opération.

Pour l'obtenir, l'auteur fait une injection dans le sang de 200 grammes de sérum hypertonique glucosé à 300 p. 1.000 et il obtient ainsi un ébranlement assez important de l'organisme pour déterminer une élévation immédiate de l'azotémie, dans les jours qui suivent, chez tous les gens dont les reins sont touchés de ce léger degré de néphrite, avec lequel on peut vivre dans de bonnes conditions d'équilibre de santé, mais qui peut se modifier très rapidement sous l'influence d'un trouble pathologique.

Si l'injection de sérum détermine une élévation très haute de l'azotémie, il est préférable de s'abstenir momentanément et de rejeter pour l'instant une opération dont la gravité est de portée nécessairement illimitée. Il vaut mieux attendre que le fonctionnement rénal soit redevenu plus stable.

Lorsqu'au contraire l'azotémie ne se modifie pas, on peut considérer qu'il y a, dans l'équilibre rénal, une certaine fixité et qu'il y a de ce fait, moins de danger du côté rénal à pratiquer l'opération.

Dans la pratique, cette épreuve a donné à l'auteur quelques indications utiles : elle lui a permis d'ajourner des opérations qui auraient été vraisemblablement dangereuses ou mortelles et, au contraire, de pratiquer avec une relative sécurité cette même intervention chez des gens dont le fonctionnement rénal, même défectueux, s'est montré à l'exploration fixé dans une attitude stable.

Lutte contre le cancer du col utérin. — Voilà trente-huit ans que M. ***J.-L. Faure*** a entrepris cette lutte. M. J.-L. Faure apporte les résultats de cette longue expérience, et, s'appuyant sur des données statistiques très précises, il arrive à cette conclusion que le meilleur traitement du cancer du col est l'hystérectomie, pratiquée selon la technique actuelle qui donne les survies les plus longues, bien supérieure en cela au radium qui doit être réservé aux cas inopérables. M. J.-L. Faure continuera donc à opérer les cancers du col utérin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1924.

L'anatoxi-réaction de Zoeller chez l'enfant. — ***MM. C. Lereboullet, Boullanger-Pilet*** et ***Marcel Lelong*** apportent les résultats des recherches qu'ils ont poursuivies chez l'enfant sur l'anatoxi-réaction diphtérique de Zoeller et sa signification biologique.

L'étude comparée de cette réaction, de la réaction de Schick, de la pseudo-réaction de Schick, de l'intradermo-réaction tuberculinique et de la protéino-réaction banale (au sérum de cheval) prouve qu'elle a droit à l'autonomie. L'anatoxi-réaction ne peut s'assimiler à l'une quelconque des autres réactions : les dissociations entre elle et les autres sont très fréquentes ; leurs aspects morphologiques et leur évolution sont différentes.

Sa signification biologique doit être précisée. Il semble bien que le rôle de la diphtérie dans l'apparition de la réaction soit essentiel. De plus, pour Zoeller, elle atteste un état spécial du terrain ; elle indique que le sujet a eu un ou plusieurs contacts antérieurs avec le bacille diphtérique et que ce ou ces contacts ont créé chez lui un état intermédiaire entre la sensibilité et l'immunité (l'état allergique, sorte d'immunité incomplète).

L'étude de la réaction répétée en série pendant l'évolution de la maladie montre que dans les formes pseudo-membraneuses, la réaction est faible ou nulle au début, qu'elle augmente peu à peu d'intensité (très rapidement dans les formes bénignes, très lentement dans les formes malignes) pour atteindre un maximum au moment de la convalescence ; puis elle décline pour redevenir lentement négative. Elle est intense dès le début dans les formes atténuées ou atypiques de la maladie, intense également chez les porteurs de germes.

La réaction peut exister en dehors de la diphtérie, mais semble en relation avec des contacts antérieurs avec le bacille. Dans l'ensemble, les réactions sont plus fréquentes à mesure qu'on les pratique sur des sujets plus âgés.

Les auteurs, d'accord avec Zoeller sur la constatation des faits, tout en reconnaissant le caractère hypothétique de la théorie de l'allergie diphtérique, l'acceptent comme l'interprétation la plus vraisemblable des phénomènes observés.

Curabilité de l'hémiplégie syphilitique. — ***MM. Sézary*** et ***Benda*** présentent une syphilitique guérie complètement en quinze jours d'une hémiplégie droite totale par un traitement spécifique intensif institué 9 heures après le début de la paralysie. Ils insistent sur la curabilité de l'hémiplégie syphilitique lorsque celle-ci est due à l'artérite et est traitée dès le début. Ils recommandent le traitement arséno-bismuthique à hautes doses ou, si l'arsenic n'est pas toléré, bismutho-mercuriel.

De leur observation et de faits analogues rapportés par M. Milian et M. Sézary, ils concluent que dans toute hémiplégie survenant sans cause avérée chez un sujet jeune et indemne d'affection cardiaque, il faut instituer d'urgence un traitement anti-syphilitique intensif, avant même les recherches de laboratoire. Chez l'homme âgé, il faut suspecter la nature syphilitique de l'hémiplégie et au moindre indice, surtout s'il n'y a pas eu un ictus qui fait craindre l'hémorragie cérébrale, commencer le traitement.

M. Sicard rappelle que l'hémiplégie des paralytiques généraux guérit spontanément sans traitement et que, dans certains cas, l'hémiplégie syphilitique peut persister malgré un traitement intensif.

M. M. Renaut partage l'opinion de M. Sicard et même dans certains cas on peut voir survenir un nouvel ictus après traitement.

M. Milian considère que toute hémiplégie syphilitique doit être traitée activement même avec les arsénobenzènes.

Périostite et tabès. — ***MM. Babonneix*** et ***Maurice Lévy*** présentent une femme atteinte à la fois de tabès classique et de périostite tibiale d'allures spécifiques. De tels cas sont extrêmement rares. Ils montrent, une fois de plus, que même chez les tabétiques, la syphilis n'est pas uniquement neurotrope, et qu'elle peut donner lieu, en plus des accidents propres au tabès, à des localisations justiciables du traitement spécifique.

Paralysie post-sérothérapique tétanique. — ***MM. Sicard, de Gennes*** et ***Coste*** présentent un nouveau cas de paralysie partielle des membres supérieurs consécutive à une injection de sérum anti-tétanique pour une blessure superficielle de la main.

© BIU Santé

Actuellement, au deuxième mois évolutif, la réaction de dégénérescence est encore complète pour le musculo-cutané à droite et le circonflexe à gauche. Les auteurs ont rassemblé une vingtaine de faits semblables (Lhermitte, Marchal, Sicard et Cantaloube, Sézary, etc...). Ils incriminent comme pathogénie les réactions hémoclasiques profondes œdèmes tronculaires, funiculaires ou même médullaires qui sont toujours associés à des manifestations sériques d'ordre général tels que urticaire, bouffissure, érythème arthralgie, fièvre, etc... Le pronostic de ces paralysies est favorable, mais la guérison ne survient que dans un délai approximatif de un à deux ans.

M. Lesné signale que depuis l'emploi de sérum anti-diphtérique épuré il n'observe plus d'accidents sériques et qu'il serait bon d'employer également un sérum antitétanique débarrassé des albuminoïdes.

M. Léri a observé un cas de paralysie ascendante après vaccinothérapie.

M. Besnard n'a jamais observé d'accidents paralytiques après sérothérapie.

M. Hallé insiste sur le fait que chez l'enfant on n'observe jamais d'accidents paralytiques après sérothérapie.

Un cas d'abcès amibiasique du poumon. Guérison par l'émétine. *MM. P. Emile Weil* et *Lamy*. — Chez un malade atteint d'un abcès du poumon, diagnostiqué par l'examen radiologique, on ne trouvait aucune étiologie. Les crachats purulents, sans caractères spéciaux, ne renfermaient presque aucun microbe. Le malade ayant fait un séjour en Algérie cinq ans auparavant, pendant lesquels il présenta quelques jours de diarrhée banale, on tenta par principe un traitement émétinique. Ce traitement poursuivi huit jours donna une guérison anatomique et fonctionnelle complète, qui se maintient depuis quatre mois. C'est l'efficacité de la thérapeutique qui fait ici la preuve de la nature du mal, comme le traitement spécifique pour certains accidents syphilitiques.

Il y a intérêt à faire connaître de semblables résultats (une dizaine de cas analogues ont déjà été publiés), car parmi les abcès du poumon, affection dont le pronostic est grave et où la thérapeutique est d'ordinaire peu efficace, une variété, plus fréquente, qu'on ne le croit généralement, est rapidement et facilement curable.

M. Paisseau insiste sur la fréquence de l'amibiase pulmonaire, notamment des formes bronchitiques.

La xantochromie cutanée. — *M. Marcel Labbé* a décrit en 1914 la xantochromie palmo-plantaire des diabétiques. Elle est due à l'accumulation d'un lipochrome dans le sang et les tissus et apporté par certains aliments. M. Labbé pense qu'il s'agit d'un trouble du métabolisme des graisses. La coloration est variable et susceptible de diminuer par un régime pauvre en lipochrome et peut-être par le traitement de l'insuline.

Action de l'insuline intra-rectale sur le diabète. — *M. M. Labbé* n'a constaté par cette voie aucune action hypoglycemiante.

La transfusion du sang arsénobenzolé dans les grandes hémorragies de la fièvre typhoïde. — *MM. Ch. Flandin* et *Tzanck* rapportent deux observations de typhiques saignés à blanc par des hémorragies intestinales profuses et qui furent ramenés à la vie par la transfusion de 320 cc. dans un cas, 250 cc. dans l'autre, de sang rendu incoagulable par le sulfarsénobenzol. Les auteurs insistent sur la simplicité et l'innocuité de leur technique qui, sur 300 transfusions connues d'eux, n'a provoqué aucun accident notable.

L'injection anticoagulante d'arsénobenzène pour faciliter la saignée. — *MM. Flandin* et *Tzanck*.

Séance du 24 octobre 1924

Sur les résultats du traitement arséno-benzolique chez les syphilitiques hémiplégiques. — *M. Maurice Renaud* croit nécessaire de faire les plus grandes réserves quand il s'agit d'interpréter l'action du traitement spécifique dans des cas tels que ceux qui ont été rapportés dans la dernière séance par MM. Sézary et Benda d'une part, et par M. Milian d'autre part où fut observée la disparition rapide d'une hémiplégie.

Il faut se souvenir en effet qu'après des ictus par lésions cérébrale on voit avec une extrême fréquence régresser les symptômes qui s'atténuent et disparaissent en totalité ou en partie dans les jours et les semaines qui suivent l'ictus et cela non seulement dans le tabes et la P. G. ainsi que l'a judicieusement remarqué M. Sicard, mais chez tous les malades atteints de lésions en foyer.

Il faut d'autre part mettre en regard des cas heureux, mais si exceptionnels qu'on ne manque pas de les signaler, les cas innombrables où l'efficacité du traitement spécifique le plus intense est nul.

L'inefficacité du traitement spécifique dans l'hémiplégie est en effet la règle. Le traitement le plus précoce et le plus poussé est généralement incapable non seulement de produire une régression des accidents mais encore d'empêcher leur extension et leur évolution. Voici deux exemples.

Après une syphilis contractée à 25 ans et traitée médiocrement à la période secondaire, un malade présente à 30 ans une hémiplégie qui malgré un traitement des plus convenables se fixe en contracture. Dans les années suivantes le traitement est poursuivi, intense même à certaines périodes ce qui n'empêche pas un nouvel ictus de se produire qui détermine une aphasie motrice et cause la mort par cachexie quelques mois plus tard.

Une jeune femme du milieu hospitalier cesse tout traitement de sa syphilis sur la foi des réactions humorales. Quatre ans plus tard, elle présente de gros accidents nerveux sur lesquels aucun traitement n'a de prise et reste une hémiplégique grande infirme.

Voilà des cas où la syphilis était certaine et récente et où on était vraiment en droit de penser que les accidents étaient dus à des lésions en pleine évolution et capables de régresser et cependant l'échec thérapeutique a été complet.

La raison en est-elle que les symptômes apparaissent quand l'irréparable est déjà fait ou bien que la syphilis et le tréponème ne sont, malgré les apparences, pas directement en cause? C'est à cette dernière opinion que l'auteur se rangerait d'autant plus volontiers qu'il n'a jamais encore rencontré chez les hémiplégiques, à l'autopsie, aucune lésion caractéristique de la syphilis.

S'il est donc convenable, parce qu'on a tout à gagner et rien à perdre, d'instituer un traitement spécifique chez les hémiplégiques il est sage et conforme aux données de l'observation de n'en pas attendre grand'chose.

M. Dufour a constaté que dans certains cas le traitement intensif aggrave les lésions par le fait que les modifications cellulaires en rapport avec le foyer d'artérite rendent les cellules nerveuses susceptibles d'être lésées par une médication très active.

M. Sicard. — Il n'y a pas de traitement univoque de l'hémiplégie syphilitique. C'est au médecin de juger la thérapeutique à instituer en s'inspirant de l'âge du malade et de l'évolution de la maladie.

Tuberculose de première infection chez l'adulte, — *MM. G. Paisseau et André Lambling* rapportent une observation de tuberculose chez un noir qui s'est caractérisée cliniquement par une évolution rapide et, anatomiquement par une diffusion exceptionnellement intense de lésions rapidement caséifiées intéressant les poumons et les plèvres, les ganglions médiastinaux, le péricarde, l'aorte, la rate, le foie et les ganglions mésentériques.

Deux particularités sont à relever dans cette observation :

L'existence d'une plaque d'athérome aortique directement et étroitement en rapport avec un foyer tuberculeux avec nodules caséifiés et cellules géantes localisé à la périartère sous-jacente. La subordination des lésions de l'endartère à la périartérité tuberculeuse donne à cet athérome tous les caractères d'une lésion tuberculeuse.

Malgré des lésions pulmonaires cavitaires cavitaires, broncho-pneumoniques, caséo-nodulaires, il n'a été possible de retrouver

© BIU Santé

aucun bacille tuberculeux dans l'expectoration de ce malade, malgré des homogénéisations répétées pendant plusieurs mois jusqu'au moment de la mort. Le diagnostic bactériologique ne put être établi que par ponction d'un abcès sous-cutané dont le pus renfermait de très nombreux bacilles.

Les auteurs font remarquer à ce propos que cette singularité peut être relevée dans le plus grand nombre des cas de tuberculose des sujets neufs (Broquet et Morenas).

Gangrène pulmonaire à évolution prolongée (Durée de plus de quatre ans). — *MM. G. Caussade et A. Tardieu* ont suivi l'évolution d'une gangrène parenchymateuse. Ils assistèrent à la succession de quatre poussées évolutives et polymorphes du même processus gangréneux. Les quatre étapes se caractérisèrent : la première, par une vomique fétide, révélatrice d'une interlobite droite ; la seconde, par une pleurésie putride suivie d'un pyopneumothorax, lequel, traité par la pneumotomie simple (méthode de Maurice Renaud) guérit au bout de six mois ; la troisième, véritable phase chirurgicale, par un empyème putride opéré par le procédé de Roux-Berger (décollement pleuro-pariétal et compression pulmonaire consécutive) ; enfin la quatrième, par la survenue tardive d'un abcès gangréneux et circonscrit du poumon. Cet abcès gangréneux constitue un véritable mode de terminaison du processus nécrobiotique et un réel moyen de défense naturelle contre l'extension aux tissus sains. Cette manifestation comporte un pronostic relativement favorable.

La bactériologie ne fut pas d'un grand secours ; elle n'apporta aucune précision diagnostique. Le seul agent pathogène, nettement caractérisé, est le paratétragènes conglomeratus L'association fuso-spirillaire n'était pas en cause.

Dans les crachats se trouvaient de nombreux cristaux de Charcot-Leyden qui doivent jouer un rôle dans les putréfactions se produisant au sein des foyers gangréneux.

Du point de vue thérapeutique, les moyens médicaux préconisés depuis quelques années (teinture d'ail, injections intratrachéales, arsénobenzol, sérothérapie) ont été inefficaces. Par contre les procédés chirurgicaux se sont montrés de quelque secours. La bénignité apparente de la première poussée évolutive ne permettait pas l'application de la méthode de Forlanini ; plus tardivement, les adhérences auraient empêché l'insufflation.

Parmi les observations déjà publiées, concernant la forme prolongée de la gangrène pulmonaire, il n'en est qu'une, de Lemierre et Kindberg, qui comporte une plus longue évolution.

Pleurésie cholestérinique. — *MM. Chauffard et J. Girard* relatent un cas de pleurésie cholestérinique ayant évolué lentement et d'une façon très insidieuse sur une plèvre déjà atteinte 20 ans auparavant d'une pleurésie chronique. Après deux ponctions exploratrices négatives faites en arrière, une ponction faite en avant a permis d'atteindre l'épanchement. Celui-ci avait l'aspect typique des pleurésies cholestériniques et contenait en outre de l'hématine. Cinq ponctions successives ont été faites, donnant une teneur maximum de 16 gr. 90 1/1000. Après ces 5 ponctions est apparue un pneumothorax, on a du pratiquer l'empyème, suivi de guérison en 2 mois.

Avant les ponctions, le taux de la cholestérinémie était de 1 gramme 56 ; il est devenu de 2,31 après la 2e ponction, de 2.37 après la 4e, de 2.07 après la 5e, comme si les thoracentèses avaient déterminé une hypercholestérinémie secondaire.

La pathogénie de ces pleurésies à cholestérine reste douteuse, et dans la genèse de la cholestérine endo-pleurale, il faut probablement faire une part à la fois à la cytolyse lymphocytaire, et à une sorte de désagrégation lipoïdique de la pachymembrane pleurale.

Observation d'une malade présentant une mèche de cheveux faisant issue par l'anus. — *MM. Bensaude et Rachet* présentent l'observation d'une malade atteinte d'un kyste dermoïde du rectum que la rectoscopie permit de situer à 13 cm. de l'anus.

Seule l'issue à l'anus d'une mèche de cheveux put le faire soupçonner. Les A décrivent pour la première fois l'aspect rectoscopique de ces tumeurs et reprennent à ce propos l'étude générale des kystes dermoïdes du rectum.

Paralysie générale avec progression des signes somatiques et répression des troubles psyéhiques. mort brusque. — *MM. Claude, Borel et Targowla* rapportent l'histoire d'une malade internée pour une bouffée délirante, absence de reflexes pupillaires, signe de Westphall. Les troubles mentaux s'atténuèrent peu à peu pendant que les signes physiques s'accentuaient lentement. Les réactions humorales décrurent progressivement pour s'accentuer de nouveau peu avant les accidents terminaux. La malade a pu quitter l'asile et exercer pendant 2 ans une activité professionnelle normale (infirmière). La durée de la maladie n'a pas été prolongée et elle a évolué d'une façon continue (aggravations des signes physiques, persistance du syndrome humoral mais en laissant intact l'état mental.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1924 (*Suite*).

A propos du choc traumatique. — M. *Mocquot* fait un rapport sur deux observations communiquées, l'une par MM. Courty et Piqué (Lille) ; l'autre par M. Leveuf, qui toutes deux illustrent le rôle de la toxémie dans le choc traumatique.

La première montre l'action du garrot : un homme a la jambe écrasée par un wagon. On place un garrot peu serré et le blessé est transporté à l'hôpital. A son arrivée, l'interne de garde trouve son état si mauvais qu'il le juge inopérable et il se contente de serrer davantage le garrot et d'ordonner tous les toniques usuels. Or le lendemain le blessé va mieux et M. Courty décide d'intervenir. Le blessé est porté à la salle d'opération et on enlève le garrot. Presqu'aussitôt l'état du malade s'aggrave à nouveau : le pouls devient petit, misérable et la mort survient 15 minutes après l'ablation du garrot. Cette observation qui constitue vraiment une expérience saisissante montre qu'après la mise en place du garrot il faut opérer avant l'ablation du garrot dont l'ablation met brusquement en incubation des produits toxiques très dangereux.

La deuxième observation concerne un homme qui a les doigts écrasés et une fracture ouverte de la cuisse. L'accident survient à 10 h. Il est transporté à Beaujon à 11 h. et vu par M. Leveuf à 16 h. A ce moment malgré tous les efforts tentés pour soutenir le blessé, l'état général de celui-ci est devenu grave. La cuisse est très tuméfiée. Au Pachon on ne trouve ni au bras ni à la jambe, aucune oscillation. M. Leveuf conclut à un état de choc d'origine toxique et décide l'intervention immédiate malgré la gravité du choc. Amputation au-dessus du foyer de fracture avec deux lambeaux courts : hémostase soignée, pas de sutures. Dès le lendemain le blessé allait mieux et s'est peu à peu rétabli. Plus tard le moignon fut régularisé et la plaie suturée.

Ces observations viennent à l'appui de la théorie toxique soutenue par M. Delbet et par M. Quénu sur le choc.

M. A. *Schwartz* cite une observation personnelle qui rappelle par bien des points celle de M. Courty et qui montre également l'apparition progressive et rapide du choc après l'ablation d'un garrot.

A propos des ulcères perforés de l'estomac. — M. *Duval* pour élucider le problème discuté de la meilleure thérapeutique à employer dans les perforations consécutives à l'ulcère de l'estomac a demandé à M. Moutier d'étudier histologiquement les ulcères perforés. Celui-ci a constaté deux types différents : tantôt la perforation est mécanique par fissuration du fond d'un ulcère très scléreux : c'est un processus chronique et dans ce cas on ne trouve pas de microbes ; tantôt au contraire il s'agit d'un processus infectieux et on trouve toujours des microbes, parfois même des abcès miliaires ou assez volumineux, Il est certain que dans les cas non infectés la suture simple est parfaitement indiquée et comme il s'agit d'un processus scléreux, presque de guérison, la suture donnera alors une guérison parfaite et complète. De même dans les cas d'ulcération neurotique où c'est la chute de l'escarre gastrique qui cause la perforation et où le mort est nettement séparé du vif, la suture un peu loin des bords de la perforation donnera un excellent résultat.

© BIU Santé

Mais dans les cas où il y a infection des bords et du fond de l'ulcère qui se perfore, le péritoine va être fatalement infecté lui aussi. En outre suturer ces parois gastriques infectées est fatalement très aléatoire et c'est ce qui explique que parfois les sutures ne tiennent pas. Ici la résection large s'imposerait évidemment.

Malheureusement il est bien difficile au cours de l'opération de distinguer les cas. Cependant la présence d'un certain œdème de la paroi de l'estomac au voisinage de la perforation est un bon signe d'infection.

Séance du 22 octobre 1924.

La section du cordon latéral de la moelle dans les douleurs incurables. — ***M. Robineau*** fait une communication sur le traitement des douleurs incurables par la section transversale du cordon latéral de la moelle, opération proposée par les chirurgiens américains et dont il a éprouvé la valeur et l'intérêt. Dans les cordons nerveux toutes les fibres sensitives sont mélangées, mais dans la moelle elles se groupent par fonction. Les fibres de la sensibilité douloureuse et thermique cheminent dans le cordon latéral après décussassion. Les fibres passent tout de suite du côté opposé de la moelle mais ce changement occupe une assez grande hauteur, si bien que les fibres provenant d'une racine donnée ne sont définitivement en place que 4 segments au-dessus de celle-ci. Le cordon des fibres sensitives de la douleur occupe un faisceau en forme de virgule allant de la corne antérieure au faisceau pyramidal, lequel est lui-même dans le cordon latéral en avant de la corne postérieure et contre celle-ci. Ces deux faisceaux sensitif et pyramidal s'imbriquent même un peu à leur point de contact.

Pour obtenir un résultat il faut sectionner le faisceau sensitif sans toucher au faisceau pyramidal sauf cependant de la région d'imbrication.

Il faut faire porter la section à quatre segments au-dessus du point où aboutissent les nerfs de la région douloureuse — sur le cordon latéral, de la corne antérieure au milieu du cordon latéral. En tout la section doit avoir 3 millimètres de longueur et 2 mm. 1/2 de profondeur et M. Robineau utilise pour cela un petit couteau spécial.

Instantanément les douleurs disparaissent dans la zone affectée. La sensibilité douloureuse et thermique est seule abolie.

L'opération est en général très bien supportée à condition que le faisceau pyramidal n'ait pas été touché car en ce dernier cas on voit apparaître de la parésie, de la rétention d'urine, des escarres. Et malheureusement cet accident est toujours à craindre même pour les opérateurs les plus habiles.

Les indications de cette intervention sont les douleurs incurables, celles des cancers en particulier : les causalgies rebelles à tout autre traitement — certains kraurosis de la vulve — les douleurs rebelles des tabétiques.

M. J.-L. Faure a obtenu une fois un soulagement chez une malheureuse cancéreuse par la section des racines antérieures.

M. Robineau. — Lorsque la radicotomie paraît être suffisante il faut évidemment la tenter. Mais elle est souvent inefficace.

A propos de la cholécystostomie. — ***M. Proust*** fait un rapport sur 5 observations de M. Jean Berger concernant des cholécystostomies. M. B. est plus partisan de cette opération que de la cholécystectomie dans les cas d'urgence et elle lui a donné des résultats très satisfaisants.

M. Lecène. — C'est une question d'espèce, comme dans tous les cas de chirurgie d'urgence. La cholécystectomie est théoriquement préférable. Mais dans les cas graves il faut évidemment préférer la cholécystostomie, par exemple en cas d'angiocholite typhique avec état général grave. En cas de calculs, on ne voit pas la cholécystostomie donner une fistule persistante s'il n'y a pas d'obstacle sur le cholédoque.

M. Savariaud estime que la cholécystentérostomie est souvent indiquée et susceptible de donner des résultats excellents et durables.

M. Lecène n'en est pas partisan dans la cholécystite calculeuse.

M. Chifoliau relate un cas personnel dans lequel la cholécystostomie n'a pas donné de résultat satisfaisant. Il dut intervenir à nouveau et constata qu'il y avait une coudure du cholédoque. Il faut toujours s'assurer de la perméabilité de celui-ci.

M. Bréchot est, comme M. Lecène, d'avis qu'il faut savoir choisir suivant les circonstances. Mais il ne pense pas que la persistance d'une fistule soit toujours due à la présence d'un calcul dans le choledoque.

M. Cuneo. — C'est après l'opération d'urgence que, secondairement la question de la cholécystectomie peut se poser. Dans les cas aigus graves, l'exploration des voies biliaires n'est pas toujours possible. Dans ces cas la cholécystentérostomie ne lui paraît pas devoir être faite.

M. Lecène répond à M. Bréchot qu'il pense, lui aussi, que la persistance d'une fistule ne veut pas toujours dire calcul du cholédoque mais obstacle quelconque à l'écoulement de la bile.

M. Viard n'est pas partisan de la cholécystentérostomie.

Plaie de la vulve avec section de l'urèthre. — ***M. Proust*** fait un rapport sur une observation de M. J. Berger concernant une enfant qui avait une très large plaie avec décollement de la vulve et section de l'urèthre à 2 cm. du méat — en plus une fracture du fémur. Pour retrouver l'urèthre il fallut faire la cystostomie et le cathétérisme rétrograde. La blessée finit par guérir très bien mais avec une certaine atrésie vaginale.

A propos de l'infection puerpérale (suite de la discussion). — ***M. Cadenat*** reste partisan convaincu de l'utilité de l'hystérectomie dans les cas graves. Si elle ne donne pas plus souvent de résultats utiles c'est qu'on a trop tardé car on doit lutter de vitesse avec l'infection.

Bien entendu la question ne se pose qu'après un traitement local et général et surtout un curettage soigneux, bien fait et complet. Tous les cas ne sont évidemment pas justiciables de l'hystérectomie. Cependant et bien que le choix soit souvent difficile, on peut s'appuyer sur quelques signes cliniques : la reprise des frissons après la rémission provoquée par le curettage — l'examen du pouls qui ne doit pas dépasser 130 — la pression artérielle qui ne doit pas être trop basse — le faciès toxique qui est aussi une contre-indication.

Lorsqu'il y a une contracture abdominale marquée la guérison n'est pas probable même par l'hystérectomie vaginale.

Celle-ci est l'opération de choix et doit être préférée à moins d'une impossibilité absolue. On évitera si possible l'ouverture de l'utérus et si celle-ci est indispensable on ne la fera qu'après lavage et badigeonnage de la cavité à la teinture d'iode.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 18 octobre 1924

A propos de la paralysie générale. — ***M. Galliot*** insiste sur l'emploi nécessaire de grosses doses médicamenteuses dans le traitement de la P. G. et sur la nécessité de varier les agents thérapeutiques suivant les cas. ***M. Marie*** a montré avec ***M. Kohen*** qu'il existait des rémissions appréciables dans l'évolution de la P. G. consolidées et même précipitées par une thérapeutique appropriée fondée sur l'hyperthermie provoquée avant la médication spécifique.

La remise au point de la kinésithérapie des scolioses. — ***M. Kouindjy*** montre que le traitement kinésithérapique de la scoliose poursuit un triple but ; réduire la courbure de la colonne vertébrale, maintenir cette réduction et développer l'état physique du malade au moyen d'appareils de redressement, du massage méthodique, de la gymnastique respiratoire.

Tuberculose pulmonaire et vers intestinaux. — ***M. Mélamet*** signale la présence des vers intestinaux chez les tuberculeux, (40 %). Il se demande la corrélation anthelminthique classique pour ne pas troubler l'équilibre des tuberculeux qui paraissent peu incommodés par leurs vers. Il a essayé l'eau saturée camphrée qui s'est montrée en anthelmintique, assez actif.

H. Duclaux.

© BIU Santé

CARRION ET LAGNEL – LABORATOIRES DE BIOTHÉRAPIE LACTIQUE

KÉFIR YOHOURTH CARRION LAGNEL

COMMANDES : 3, 5 & 7, Rue du CAPITAINE SCOTT – PARIS 15e R.C. SEINE 186582
MAGASIN DE VENTE : 54, FAUBOURG St HONORÉ

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS PURIFIÉS ET IMPUTRESCIBLES DE TOUS LES ORGANES

Les Lipoïdes sont, par rapport aux poudres sèches d'organes, exactement ce que l'extrait de digitale ou l'extrait de belladone est à la poudre de digitale ou de belladone.

R. C. SEINE 281.038

GYNOCRINOL
Stimulant et activateur des fonctions ovariennes et de la menstruation.

GYNOLUTÉOL
Calmant et sédatif des fonctions ovariennes et de la menstruation.

ANDROCRINOL
Certaines aménorrhées rebelles aux traitements ovariens. Sénescences féminine et masculine.

LABORATOIRE J. M. ISCOVESCO
107, RUE DES DAMES, PARIS 17e – TÉL. MARCADET 59-28

MÉDICATION GASTRIQUE

HYPERSECRÉTION
HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES

SÉDOGASTRINE
(Granulé friable, sucre modérément)
Dose : Une cuillerée à café une heure après les repas et au moment des douleurs

HYPOSECRÉTION
HYPOCHLORHYDRIE
ATONIE, AEROPHAGIE

PEPTODIASE
Doses : Trentes gouttes au début ou au milieu des repas.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

Echantillons et Littérature : Laboratoire P. ZIZINE
11, rue de Capri, PARIS-12e. R. C. Seine : 234.317

Appareils Herniaires
Ceintures Anti-ptosiques
Ceintures pour toutes Affections abdominales, Grossesse, Eventration, Rein Mobile, Obésité, Entéroptose, etc.
Maillots Anatomique
Ceintures de Sport
Corsets de Toilette
Corsets Ceintures
Soutiens-Gorge
Epaulières de Maintien
[illegible]

GRAND PRIX
Strasbourg 1919
DIPLOME D'HONNEUR
Strasbourg 1923

APPAREILS DE l'ART ORTHOPÉDIQUE et HERNIAIRE
L. ABRAMIN
Maison fondée en 1852
Fournisseur des Centres d'Appareillage. Depuis 35 ans fournisseur adjudicataire des Hôpitaux de Paris, etc.
Docteur CHARPENTIER Directeur Technique
9, Rue Cadet, 9 - PARIS
Téléphone : Louvre 48-43
MÉTRO : CADET
R. C. 118.105



Bas en tissu élastique pour Varices, suites de Phlébites, Enflures, Faiblesse des jambes. Tissés rigoureusement sur mesures.

Ceinture contre gastéroptose, entéroptose et rein mobile, se moulant parfaitement sur le corps et n'occasionnant aucune gêne.



Corsets Réformateurs et Dissimulants
Appareils Orthopédiques pour toutes déviations
Membres Artificiels
Bras et Jambes "INTÉGRANTS" modèles perfectionnés
Béquilles "QUETEL" Brevetées S. G. D. G.
Fabrication et Vente exclusives
Chaussures Orthopédiques
Trousses Médicales

HORS CONCOURS
Membre du Jury
Strasbourg 1924

© BIU Santé

ACTUALITÉS

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des états typhoïdiques par le pyramidon (SAUVAN et SIMONPIÉTRI, *Marseille médical*, 5 octobre 1924.)

Les A. donnent le pyramidon de la façon suivante : la température du malade est prise régulièrement toutes les quatre ou toutes les six heures et toutes les fois que la température atteint ou dépasse 38° le malade prend 0,10 cg de pyramidon. A cet effet, ils font préparer un simple julep contenant 0,10 de pyramydon par cuillerée à soupe.

Les A. se sont demandé si le traitement ainsi appliqué donnait des résultats comparables aux différentes autres méthodes thérapeutiques des états typhoïdiques et notamment à la méthode de Brandt. Leur chiffre total de décès a été de 13, soit 9,22 %.

Avec la méthode de Brandt, à en juger par les diverses statistiques, la mortalité est 8 à 11 %. A ce point de vue donc, le traitement par le pyramidon a donné des résultats sensiblement égaux.

Les injections intra-veineuses d'hexaméthylène tétramine contre la rétention post opératoire d'urine.

Les injections intraveineuses d'une solution d'urotropine à 40 % sont couramment employées en Allemagne pour combattre la rétention post-opératoire d'urine.

M. Cheinisse, après avoir exposé les détails de cette thérapeutique (*Presse médicale*, 11 octobre 1924), estime qu'il faut suivre le conseil de Schwab, qui recommande de ne recourir aux injections intra-veineuses d'héxaméthylènetétramine qu'après avoir essayé de combattre la rétention d'urine par des moyens plus simples, notamment par l'instillation de 20 cmc. de glycérine boriquée à 4 p. 100. Ce n'est que dans les cas rebelles que l'on procédera à l'injection intra-veineuse d'urotropine, en s'en tenant à des doses faibles, et en ayant soin de ne pas la répéter si l'on voit se manifester des phénomènes d'irritation vésicale (ténesmes, urines sanguinolentes).

La diathermie dans la claudication intermittente. — Alors que la thérapeutique diététique, médicamenteuse ou même chirurgicale ne donne le plus souvent, dans la claudication intermittente, que des résultats décevants, la diathermie, d'après MM. Lian et Descoust (*Presse Médicale*, 22 octobre 1924), serait susceptible de produire des améliorations considérables.

La diathermie n'a pas d'action sur l'oblitération artérielle elle-même ; son action ne se fait pas sentir sur les gros troncs artériels, mais sur les petits vaisseaux et les capillaires.

Elle détermine un réchauffement local et général de l'organisme, une vaso-dilatation intense qui favorise l'arrivée du flux sanguin dans les voies aériennes de suppléance. Elle lutte contre les spasmes souvent concomittants.

Il y a un intérêt primordial à appliquer un traitement précoce avant que la circulation ne soit pas trop précaire,. Les applications de diathermie doivent être d'abord quotidiennes, puis trihebdomadaires ; chaque séance doit durer de trente à quarante minutes par séries répétées de vingt séances tous les trois mois environ. L'intensité ne doit pas dépasser 1.500 milliampères.

La localisation de l'oblitération du vaisseau commande les régions où on doit appliquer, les plaques mais il faut avoir soin toutefois de dépasser notablement la limite supérieure de l'oblitération.

Contribution à l'étude de l'isopropyl-propényl-barbyturate d'amidopyrine (allonal) comme médicament analgésique. (RENÉ PETITEAU. Thèse de Lyon, 1924.)

L'Allonal (isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine) présente des propriétés analgésiques en quelque sorte spécifiques (amidopyrine) qui sont consolidées et complétées par

(*Voir la suite page* 978.)

Traitement rationnel et polyvalent de l'hypertension vasculaire

Spécifique des Scléroses artérielles et viscéral

Arthritisme — Uricémie-Goutte — Troubles circulatoires — Ménopause — Néphrites

Antonal

A base de principes dynamogénétiques du Gui Diméthylquinoxanthine Extrait total hépatique

Angine de poitrine — Cardiopathies artérielles — Hémoptysies — Congestions hémorragipares

2 A 3 CACHETS PAR JOUR

Littérature et Échantillons — LABORATOIRES de l'ANTONAL ANGERS - 5 et 7, Rue Henry-Gréville, 5 et 7 - ANGERS

E. C. Ang. 625

PHARMACIE VIGIER & HUERRE, Docteur ès sciences, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

Savon doux ou pur, **S.** Surgras au Beurre de Cacao. — **Savon** Panama, **S.** Panama et goudron, **S.** Naphtol, **S.** Naphtol soufré, **S.** Goudron et Naphtol. — **S.** Sublimé, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé. — **Savon** à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Boraté, **S.** Goudron boriqué, **S.** Mercuriel à 33 % de mercure, etc.

Traitement des Dermatoses et des Alopécies

CEDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Cade

Ethers de Phénols de l'Huile de Cade.
Huiles essentielles de Cadier et de Cèdre.

Traitement des Séborrhées dépilantes du cuir chevelu par le

CHLOROSULFOL VIGIER

à 3 % de soufre précipité

(Tétrachlorure de Carbone. Sulfure de Carbone désodorisé.)

Glycérolés, Pommades, Collodions, Solutés : Chloroformiques, Acétoniques, Ethérés à base de Cédrocadinol

R. C. Seine : 76.024



PHOSPHOREOL DUROY

TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE

CERVEAU - CŒUR - MUSCLES

ÉCHANTILLON : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le pneumothorax artificiel

Ses raisons d'être, ses difficultés, son avenir

Par E. PALLASSE
Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Il était devenu la règle à une certaine époque de dire que la tuberculose est la plus guérissable des maladies.

Il s'agissait surtout de réagir contre le pessimisme ancien qui, à la suite de Morton et de Laënnec, dominait l'évolution de toute tuberculose pulmonaire. A rester si pessimiste on ne pouvait que renoncer à une lutte où l'on était vaincu d'avance sans que l'on puisse espérer la moindre récompense. Le manque de foi engendre l'inertie thérapeutique (1).

La lassitude est pourtant venue. On luttait, mais on ne guérissait pas. Il paraissait pour le moins paradoxal d'aller déclarant que la tuberculose est la plus curable des maladies alors que les malades étaient impitoyablement enlevés.

Le même fait se passe actuellement pour le cancer. Les chirurgiens les plus opérateurs finissent toujours par se lasser malgré leurs succès relatifs devant la décevance des résultats définitifs. On cherche alors autre chose que le bistouri. L'exemple de notre maître Jaboulay est significatif, et la thérapeutique actuelle du cancer par le radium en est une autre démonstration.

Dans cette deuxième étape de lutte avec espoir, la tuberculose ne guérissait guère officiellement que dans les sanatoria. Les statistiques publiées alors n'étaient pas très brillantes mais comme il n'y avait que celles-ci, les sanatoria paraissaient avoir le monopole de la guérison, et la guérison voulait dire qu'en deux à dix ans la moitié des malades mouraient (2).

Dans les écrits anciens sur la curabilité de la phtisie il y a pour cette période un optimiste relatif. Jaccoud proclame que la phtisie est curable à toutes ses périodes (3).

Dumarest et Guetschel (4) apportent les premiers résultats d'Hauteville pleins d'encouragements.

Plicque, dans une excellente revue générale (5) montre bien l'état de la question en disant qu'on guérit à condition de rester oisif.

Nous vivions tous sous une bonne impression de la curabilité de la tuberculose, mais, de nos jours, il a semblé bon à quelques auteurs de brunir quelque peu le tableau et de dé couvrir de nouveau la gravité de la phtisie ; en tout cas il a semblé bon de le rappeler.

Burnand dans son petit livre récent nous a rappelé ce que nous citons plus haut : qu'en deux à dix ans la moitié des malades meurent.

Piéry (6) vient dire : on ne sait pas assez la gravité de la phtisie et trouve les chiffres de Burnand trop optimistes.

Burnand, il est vrai, est revenu sur cette opinion (7) en disant :

« Maison de guérison, établissement d'éducation prophylactique, lieu d'isolement des malades contagieux, le sanatorium ainsi conçu est bien, comme ses initiateurs l'ont compris et annoncé dès le début, l'organe essentiel et nécessaire de la lutte contre la tuberculose. Il nous semble nécessaire de l'affirmer ici clairement pour couper court aux interprétations tendancieuses ou injustes que l'on pourrait formuler dans certains milieux à l'égard des réflexions que nous inspirèrent en 1920 les résultats de l'enquête générale dont nous vous avons rapporté les principaux éléments. Si nous sommes en mesure aujourd'hui de vous présenter des résultats certainement meilleurs que naguère, c'est essentiellement à cette enquête que nous le devons : elle ne nous a pas conduits comme vous le voyez à un défaitisme stérile, mais à une large rectification de nos méthodes antérieures qui s'étaient révélées tout à fait insuffisantes et à la conception nouvelle de nos devoirs sanatoriaux dont je viens de vous donner ici un rapide aperçu ».

Nous ne voulons pas nous arrêter non plus bien longtemps sur quelques formules nouvelles qui voudraient donner à la tuberculose une orientation basée sur la pathogénie et sur l'évolution.

La notion que la tuberculose de l'adulte viendrait toujours de l'enfant gagne du terrain mais on peut bien admettre avec raison que tout le monde n'est pas convaincu.

On répudie les trois degrés de Laënnec, ce qu'on appelle l'erreur fondamentale des classiques. Ce sont là des choses bien téméraires quand on considère le peu de progrès que l'on a fait en matière de phtisie depuis Laënnec et Louis.

Renoncer aux trois degrés de Laënnec ne paraît pas un gros progrès, et nous ne croyons pas cette division anticlinique. Grancher ne l'avait pas rejetée, mais l'avait plutôt complétée, elle nous paraît, quoiqu'en dise Piéry, commode pour le pronostic, bien qu'elle soit indépendante de la notion de poussée évolutive dont on a tendance un peu à abuser à propos de tout.

Baser le pronostic sur la forme évolutive semble un pléonasme, puisque, seule, une tuberculose qui évolue fait de vous un malade et cette évolution menace toujours votre vie ; c'est seulement une question de durée.

En disant : le premier degré doit guérir, le deuxième degré peut guérir, le troisième ne peut pas guérir, on emploie une formule vieillotte et simpliste, mais dont la génération actuelle se déféra malaisément ; elle mourra impénitente.

Donc, la troisième étape à laquelle nous sommes arrivés nous apporte des notions nouvelles sur la marche de la phtisie en accordant un tout premier rôle à la poussée évolutive ; elle nous apprend que la tuberculose est grave, que le sanatorium n'est pas un facteur absolu de guérison, que dans la tuberculose chronique la moitié des malades meurt de deux à dix ans. D'où la nécessité de trouver autre chose.

Le pneumothorax artificiel arrive à son heure, il trouve dans cet état d'esprit la meilleure justification de sa raison d'être.

Chose curieuse, ce sont les médecins de sanatoria qui se sont montrés les plus accueillants pour les traitements de la tuberculose autres que la cure d'air.

Ce sont eux qui ont usé le plus largement des tuberculines et produits similaires, ce sont eux qui à l'heure actuelle prônent le plus le pneumothorax.

Il suffit de lire les articles de Piguet et Giraud par exemple pour comprendre qu'il faut au malade désigné,

(1) Jaccoud. — Curabilité de la phtisie. Paris, 1881, p. 31.
(2) Burnand. — Guérison de la tuberculose pulmonaire. (Baillière, 1923).
(3) Curabilité de la phtisie.
(4 Guetschel. — Thèse Lyon, 1902. La guérison de la tuberculose.
(5) Plicque. — Œuvre médico-thérap. 1906.
(6) Piéry. — *Annales des médecins praticiens*, Lyon, août 1923.
(7) Burnnad. — *Bulletin de Leysin*, juillet 1924.

© BIU Santé

le pneumothorax d'abord, le sanatorium ensuite ou mieux le pneumothorax dans le sanatorium.

De fait, Mouisset (1) nous apprend que dans le sanatorium de Burnand, 40 malades sur 130 ont subi la compression du poumon.

Ses difficultés

Le pneumothorax artificiel, venu d'Italie, s'est implanté en France par la région lyonnaise qui paraissait sa voie naturelle d'introduction, comme la thoracoplastie a trouvé aussi dans notre région le champ propice de ses premières interventions.

Dumarest, Balvay, Piéry, en ont été les premiers protagonistes et l'ont appliqué les premiers au traitement de la tuberculose.

Dumarest en a dit qu'il était la plus belle conquête de la thérapeutique depuis la cure hygiéno-diététique de Brehmer. Depuis, le pneumothorax a eu une fortune rapide et on pourrait même, comme nous le disait récemment Balvay, insinuer qu'on en fait trop.

Quels sont donc ses inconvénients et ses difficultés ?

D'abord le nombre de cas auxquels il s'adresse est évidemment trop restreint pour en faire un mode de traitement général.

Dumarest évalue le nombre à 6 p. 100.

Poix (2) 1 sur 20, Kindberg (3) de 6 à 12 p. 100, Armand-Delille (4) 9 p. 100. Il y a donc là un sérieux motif de découragement et nous ne croyons pas que l'on puisse à ce sujet, avec Picry, comparer la tuberculose au cancer pour donner la préférence à la première. Quelle serait une méthode de traitement du cancer, satisfaisante pour les chirurgiens, si elle ne donnait que 6 p. 100 de cas opérables ?

Le peu de cas justiciables vient évidemment de la rareté des lésions unilatérales. Nous avons insisté sur la rareté des autopsies avec lésions unilatérales (5), et en vérité dans la grande majorité des cas de pneumothorax terminés par la mort, il existe des lésions étendues du côté opposé.

C'est donc en réalité une méthode d'exception. Si l'on voulait classer les tuberculeux en deux catégories, ceux qui sont justiciables et ceux qui ne le sont pas, les deux groupes montreraient bien le peu d'importance numérique de la compression du poumon.

Peut-on trouver une difficulté dans le milieu ou le manuel opératoire ?

Nous ne le croyons pas.

Potain disait autrefois que le domicile pleural ne devait pas être violé impunément, et notre maître J. Teissier nous l'a répété bien souvent. Nos compresseurs modernes y verraient des propos retardataires.

Les difficultés sont peu grandes, l'acte opératoire n'offre pas de gravité et s'il y a eu, et s'il peut y avoir encore des accidents, la vérité oblige à dire qu'ils sont rares. Pour notre part nous n'en avons jamais eu.

La question instrumentale paraît aussi d'ordre secondaire. Tous les jours on voit surgir de nouveaux appareils, avec des perfectionnements ou des commodités diverses, et s'ils sont coûteux, des prospectus nous rassurent en expliquant que l'amortissement est rapide vu les prix élevés que l'on peut demander.

Souvent les plus simples sont les meilleurs, car l'appareil idéal serait celui qui permettrait de comprimer suffisamment pour rompre les adhérences, mais cette compression utile et nécessaire est limitée par la douleur et les réflexes variables avec chaque sujet.

On comprend mal du reste pourquoi certains opérateurs ne veulent pratiquer au début que des insufflations de 300 cmc., alors que pour le traitement des hémoptysies ils n'hésitent pas à conseiller 2 à 3 litres.

En fait nous avons vu des collapsus complets et parfaits avec une seule insufflation de début de un litre. La quantité est sous la dépendance de la pression mais surtout de la réaction du malade.

Les questions du lieu de l'insufflation et de l'opérateur ne sont pas pour nous retenir longtemps.

Nous ne rouvrirons pas le débat animé et intéressant entre Jousset et Giraud (1) pour savoir si le pneumothorax doit appartenir au praticien.

Certes, la méthode n'est pas difficile en soi et le praticien qui veut s'y essayer aura rapidement la pratique et l'installation nécessaire. Nombreux sont dans les départements les médecins pourvus d'une installation radioscopique.

On les charge souvent de continuer une insufflation commencée ailleurs bien que, en cas d'insuccès, on puisse incriminer l'insuffisance du dernier opérateur.

Il existe encore des difficultés tenant non seulement à l'appareillage ou à l'opérateur mais à l'opération elle-même.

N'est-ce pas un inconvénient que la survenance si fréquente d'un épanchement pleural ?

Nous croyons que ces épanchements surviennent surtout chez les malades qui ont des adhérences pleurales et que ces mêmes adhérences facilitent leur bénignité.

Nous savons bien que certains malades supportent très bien des épanchements séreux ou purulents, qu'ils peuvent circuler ou travailler malgré cette complication mais enfin c'est une complication qui apporte quand même un horizon d'inquiétude.

Enfin la méthode elle-même comporte la répétition des insufflations et leur durée sur 2 à 3 ans : ces deux termes ont des inconvénients.

La durée du traitement n'est pas abrégée par rapport à celle que réclamait le sanatorium pour la cure d'air et cette cure est aussi indiquée qu'auparavant.

La répétition des insufflations, en fait un traitement lent, coûteux pour l'individu aisé, coûteux pour les collectivités qui hospitalisent les malades ou soutiennent leurs familles, astreignant, pour les malades qui gardent toujours l'appréhension de la douleur, des dangers et des multiples inconvénients que procure chaque insufflation.

Alors devant toutes ces difficultés que devient l'avenir du pneumothorax ?

Son avenir

L'avenir est basé sur les conceptions actuelles, chacun juge ses résultats, et rapidement, en deux ans environ, on peut se faire une opinion provisoire, car il s'est déjà fait une démarcation suffisante dans l'allure clinique des cas traités, pour que l'on puisse savoir quels sont ceux qui seront influencés favorablement.

Ceux qui ne doivent pas guérir voient après la période

(1) Mouisset. — Compte rendu du Congrès de Lausanne. *Lyon médical*. 1924, p. 438.
(2)) Poix. — *Presse médicale*, février 1924.
(3 Kindberg. — *Monde médical*, avril 1924.
(4) Armand-Delille. — *Bulletin médical* 1924, p. 933.
(5) Pallasse et Gignoux. — *Lyon Médical*, 1921 p. 1104. — Roubier. *Journal de Médecine de Lyon*, janvier 1923. — Croizier. *Ibid*. — Péronnet. Th. Lyon, 1921. Unilatéralité de la tuberculose pulmonaire.

(1). Jousset. *Concours Médical*, 1923. — Giraud. Id., 1923.

© BIU Santé

habituelle d'amélioration l'aggravation survenir et se terminer par la mort vers la fin de la première année.

Nous avons dit qu'on paraît faire trop de pneumothorax à l'heure actuelle ; cela paraît étrange d'après ce que l'on sait du peu de malades qui en seraient justiciables, 6 à 9 p. cent. Mais le nombre des tuberculeux est si grand que l'on comprend quand même que certains auteurs puissent rapporter des statistiques de 4 à 500 cas.

Dans le livre de Dumarest et Brette on ne trouve que 265 observations s'espaçant sur une période de quatorze ans environ ce qui se comprend mieux cependant.

Nous avons dit en outre que le pneumothorax ne raccourcit pas la maladie. Il ne guérit pas la phtisie il superpose un ennui thérapeutique à la longueur du traitement. Il est utile pour arrêter une évolution menaçante, pour stabiliser un processus envahissant, pour juguler ce que nos modernes appellent la poussée évolutive. Il peut permettre à certains malades nécessiteux de pouvoir travailler précocement, c'est un avantage sur la cure d'air. Tel de nos malades fait depuis un an une journée de dix heures de travail.

A notre avis l'amélioration qu'on apportera à la pratique du pneumothorax portera sur deux ordres de faits principaux :

On augmentera l'opérabilité. L'opération sera faite d'une façon plus précoce et s'adressera à un plus grand nombre de cas, ce ne sera plus une méthode d'exception.

On l'appliquera moins aux lésions anciennes, aux lésions cavitaires, car les adhérences sont souvent très serrées, gênent une compression parfaite et l'unilatéralité a toutes chances de ne pas exister. Quand la compression n'est pas très bonne l'extension à l'autre côté nous paraît se faire beaucoup plus vite par ensemencement trachéo-bronchique.

Une application plus précoce permettra peut-être de raccourcir la durée des insufflations. Cette durée est en effet basée sur l'empirisme, sur l'étendue et la gravité des lésions, elle ne saurait donc être la même pour tous les cas.

Un chirurgien n'immobilise pas, pour une arthrite tuberculeuse, un poignet aussi longtemps qu'un genou, une hanche ou une colonne vertébrale, et du reste suivant l'articulation, on considère encore la gravité des lésions constatées.

L'âge ne paraît pas jouer un rôle en matière pulmonaire plus qu'en matière chirurgicale. L'immobilisation chez l'enfant doit avoir suivantles auteurs la même durée que chez l'adulte.

En somme, comme durée de traitement nous comparerions volontiers le poumon au rachis et nous dirions que la compression pulmonaire doit durer autant que l'immobilisation d'un mal de Pott.

Peut-être, en songeant que la tuberculose pulmonaire évolue par poussées successives, si bien traduites sur le tracé thermométrique par la fièvre ondulante, aurait-on avantage, aussitôt la poussée enrayée par le pneumothorax, à laisser le poumon revenir à son volume primitif et à traiter par la cure ordinaire le malade redevenu un phtisique lent favorable à cette cure.

Donc, extension des indications dans les formes récentes et raccourcissement de la durée des insufflations nous semblent les deux modifications dépendantes à souhaiter pour l'avenir du pneumothorax.

Il resterait à envisager l'avenir de la méthode dans quelques cas plus particuliers.

Dans la pneumonie caséeuse vraie, qui est rare, il est difficile d'avoir des succès, et il nous a paru peu facile de comprimer utilement un bloc pulmonaire aussi compact.

A ce sujet, nous voudrions toujours voir dans les observations des précisions sur le diagnostic de pneumonie caséeuse, car les divers auteurs ne parlent sûrement pas le même langage, et certains font facilement, trop facilement peut-être, ce diagnostic, rappelant ainsi ce que l'on sait du diagnostic de la broncho-pneumonie ordinaire.

Dans les hémoptysies, le moyen nous semble bien héroïque, car tant d'hemoptysies s'arrêtent seules et tant d'hémoptysies de cavernes se révèlent à l'autopsie comme incompressibles du fait des adhérences.

Pour notre part nous l'avons essayé et nous n'avons pas eu l'impression du succès.

Que dirons-nous des indications du pneumothorax chez les cardiaques (1) ou dans la grossesse, dans le diabète ?

Dans ces cas comme dans les précédents, nous croyons qu'il n'est pas trop que cette indication soit posée et affirmée par une autorité médicale incontestée, et la médecine générale doit tracer ici à la thérapeutique phtisiologique les limites dans lesquelles elle doit évoluer.

Quoi qu'on en dise, ce sont encore là des indications exceptionnelles qui ne peuvent guère se généraliser, qui ne feront pas progresser beaucoup le traitement curatif de la phtisie.

En 1906, à Lyon, au Congrès de l'avancement des Sciences, parlant au sujet du traitement de la tuberculose par les sérums et vaccins, M. S. Arloing disait : « Nous touchons au port », Il y a bientôt vingt ans de cela.

Récemment, à Lausanne, au Congrès International contre la tuberculose, la même note optimiste s'est manifestée à propos de la nouvelle méthode de combat, appuyée par des statistiques de début qui veulent paraître encourageantes. Il serait facile de justifier son scepticisme, mais tout médecin épris du désir de guérir doit souhaiter que l'on atteigne au plus tôt le but recherché.

PUÉRICULTURE

Problème de l'allaitement artificiel

I. Conditionnement normal d'un allaitement parfait.

Personne ne me contredira si je recours pour la définition de cette bonne méthode d'élevage à ce que dit M. le professeur Marfan dans son ouvrage devenu classique : le Traité d'allaitement infantile, qu'il a publié, il y a bientôt 30 ans.

Il y est dit que les règles de l'allaitement sont d'autant plus compliquées que le mode choisi s'écarte plus du mode naturel. Les femmes de la campagne et celles des peuplades sauvages, à l'instar des femelles des animaux allaitent leurs petits en ne s'inspirant d'aucune règle et en suivant seulement leur instinct. C'est donc avec ce respect de la loi d'instinct qu'il faut aborder l'étude de cette question complexe et s'efforcer d'en bien saisir l'intime conditionnement pour bien se conformer, dans les initiatives à prendre, aux exigences de la nature.

a) **Quelle est l'aptitude digestive de l'enfant à sa naissance ?** — Rappelons, pour nous y tenir strictement, les préceptes enseignés. A la naissance, le tube digestif du

(1) Léon Bernard, Solomon, Thomas. — Pneumothorax chez les cardiaques tuberculeux (Soc. M. des Hôpitaux, juin 1924.)

© BIU Santé

nouveau-né est encore inachevé et incapable de digérer les aliments communs : le nourrisson ne peut élaborer que l'aliment spécial que la nature lui prépare dans la mamelle de sa mère. Il n'est en réalité armé pour consommer impunément des aliments solides que lorsque la première dentition est faite et ce n'est qu'après l'âge de deux ans qu'il y est parvenu : il est alors en possession de ses 20 dents de lait.

Chez un nourrisson bien portant élevé au sein, l'estomac se vide une heure et demi à deux heures après la tétée : chez les enfants nourris au lait de vache pur et cru, l'évacuation n'a lieu, d'après Reschmann, qu'après quatre heures. La digestion demande donc plus de deux fois plus de temps, du seul fait que l'aliment qui est toujours du lait, *n'est plus administré de la bonne manière instituée par la nature*, c'est-à-dire à une mamelle chaude et vivante. Nous verrons en effet plus loin que ce n'est pas l'espèce du lait qui peut constituer un véritable écueil au succès mais bien la manière dont il est servi.

M. Marfan insiste sur le changement brusque du mode de nutrition à la naissance de l'enfant. Il explique que pendant la vie utérine le fœtus reçoit par la veine ombilicale les matériaux tout élaborés ; il n'a qu'à se les approprier. Une fois né, l'enfant doit recourir à la voie buccale pour ingérer sa nourriture qui, passant par le tube digestif, se transforme en substance vivante. Ce changement si considérable et si instantané est une cause de la faiblesse du nouveau-né, mais ce qui accentue encore sa débilité c'est que le tube digestif, en quelque sorte inachevé, doit satisfaire à une fonction digestive d'autant plus intensive qu'elle doit faire face à une poussée de croissance qui donne à son début son maximum d'effort.

Cet exposé succinct de la doctrine de M. Marfan, montre les énormes difficultés à vaincre quand l'enfant ne trouve pas en naissant le système d'alimentation qui lui convient normalement.

Or il arrive que par impuissance, ou par mauvaise volonté, ou par absence d'une saine appréciation de la règle à suivre, la loi naturelle reste violée : on rompt le plus intime des liens ; la mère ne nourrit pas son enfant.

On sait que chez les enfants au sein, les troubles digestifs sont ordinairement légers, donc rarement mortels ; tandis que chez les enfants nourris artificiellement, ils sont très fréquents, très sérieux, très souvent mortels.

b) **Quel est l'aliment que réclame le nouveau né ?** — Du lait évidemment, mais il le faut conditionné et administré, nous ne saurions trop le répéter, dans la forme que la nature a instituée. Il faut qu'il fournisse toute la gamme des substances et virtualités nécessaires à la nutrition, aux activités fonctionnelles et à la croissance. Le phosphate de chaux est une des substances prédominantes du lait. Il entre pour beaucoup dans la valeur alimentaire de ce liquide. C'est avec lui que le jeune animal allaité constitue son système osseux.

Les recherches de Pagès ont démontré que, dans le lait d'une espèce animale déterminée, la teneur en matière minérale est d'autant plus considérable que dans cette espèce la croissance des petits est plus rapide.

Une autre constatation que nous ne saurions trop souligner en raison de l'importance qu'elle prend pour la recherche d'une méthode efficace et sûre d'allaitement artificiel, est la suivante :

Le fer est en quantité très faible dans le lait et en quantité assez élevée dans les cendres d'un jeune animal incinéré.

Bung explique cette apparente contradiction :

Le nouveau-né porte en lui à sa naissance la réserve de fer nécessaire à l'élaboration de ses organes. Les analyses montrent, en effet, qu'au moment de la naissance, l'organisme a son maximum de richesse en fer et qu'à mesure que l'animal se développe, cette richesse diminue. Le foie du nouveau-né où s'accumule spécialement cette réserve martiale, contient 5 à 9 fois plus de fer que celui de l'adulte.

L'amoindrissement, l'appauvrissement de la réserve de fer à partir de la naissance indique que, passé la période de l'allaitement, le jeune sujet devra trouver dans les aliments riches en fer ce qui lui est nécessaire à cet égard pour assurer sa bonne nutrition.

Pourquoi cette insistance à marquer que le nouveau-né est doté d'une réserve de fer d'autant plus grande qu'il est plus près du moment où il vient au monde ? C'est pour qu'on saisisse bien que c'est là peut-être le meilleur facteur pour déduire la solution du problème de l'allaitement artificiel, solution que nous cherchons à formuler. Nous verrons plus loin comment ce fait acquiert son importance.

Observons ensuite que, pour que l'aliment du nouveau-né soit réellement doué d'activités biologiques sur la digestion, l'absorption et l'assimilation de ses composants comme l'a montré Escherich, il le faut cru et vivant. C'est sous cette forme seulement qu'il peut déployer ses énergies nutritives à la mesure d'une croissance en plein développement. Un nouveau-né, au moment où son foie est admirablement armé, comme nous venons de le dire, est en forme pour s'adapter supérieurement à toutes espèces de lait à la condition qu'on lui en assigne un bon, conditionné selon la formule naturelle, qu'il puisse prendre à une mamelle vivante, tout au moins encore tout palpitant de ses calories et vitamines naturelles.

Tout cela revient à dire que dans les cas malheureusement trop fréquents où le génie humain doit intervenir pour régler un allaitement de fortune, il ne réussira sa tentative délicate dans son effet immédiat et dans ses conséquences sur la santé future de l'enfant que s'il s'applique à observer minutieusement la pratique que suit la nature.

II. Conditionnement de l'allaitement artificiel selon la règle classique.

Actuellement, en raison du danger qu'il nous fait courir, par la facilité avec laquelle les vaches contractent la tuberculose, le lait d'espèce bovine le seul dont nous puissions disposer partout, doit être employé *cuit*. L'allaitement artificiel est donc toujours fait au lait bouilli ; l'habitude en est prise partout, bien que tout le monde sache aujourd'hui que les ferments nécessaires à la digestion sont détruits par la cuisson et qu'un pareil allaitement quand il réussit ne donne que des apparences de santé, mais aucune garantie ni sécurité d'avenir sur ce point.

Tous les médecins savent même que les substances du lait les plus précieuses pour l'alimentation, telles les léci-thines, combinaisons phosphorées de première ordre, et les ferments digestifs, trypsine, pepsine, amylase, lipases, oxydases, ferments glycolytiques commencent à se décomposer aussitôt que la température dépasse 50 degrés. (Bordas, Rackowski. Communication à l'Académie des sciences.)

Malgré ces constatations scientifiques, la question du lait garde son caractère simpliste. On classe le lait dans la nomenclature des aliments d'usage commun et constant, on lui reconnaît la qualité d'aliment complet et même on prétend en taxer le prix en le qualifiant de première nécessité, ce qui aggrave le moyen de se le procurer à l'état pur, intégral et propre.

En somme, vu sous l'angle où l'on se plaçait il y a 30 ans, le lait n'est dans sa réalité commune, qu'une partie d'un organisme rejetée dans le monde extérieur, laquelle si elle n'est pas utilisée par un autre organisme ou protégée par une intervention toute spéciale doit faire retour au monde minéral par la série des mutations chimiques qui constituent la fermentation et la putréfaction, c'est le plan de la nature ; et pour y satisfaire, les agents de ces opérations chimiques sont répandus partout, prêts à attaquer le lait comme toute matière organique privée de vie. (Rodet, *Lyon Médical*, 23 et 30 déc. 1894, 6 et 13 janvier 1895). C'est bien toujours sur ce plan abaissé que la

© BIU Santé

généralité du public et même les scientifiques continuent à placer leur connaissance du lait.

C'est bien à empêcher la périssabilité de cette denrée alimentaire que s'appliquent uniquement les fournisseurs de lait. Pour le rendre transportable au loin et durable les quelques jours qu'en comporte l'écoulement, on le pasteurise, ce qui veut dire le chauffer à 70° et l'on a vu plus haut ce qu'est devenu ce liquide élevé à une température dépassant 50°.

Cependant il se forme en ce moment un courant d'opinion suscité par un groupe de savants qui font une croisade fort honorable en faveur du lait cru de vache et prétendent combattre la périssabilité du lait par la traite aseptique et la réfrigération au degré nécessaire pour arrêter toute évolution microbienne.

Mais si ce système de récolte et de distribution du lait présente l'avantage incontestable de soustraire le lait aux souillures pathogènes provenant de la malpropreté et conserve au lait la précieuse symbiose qui en caractérise les vertus hygiéniques, il n'en reste pas moins inefficace pour nous préserver de tuberculose, le cas échéant ; et nous restons dès lors tous convaincus que nous sommes complètement dépourvus du lait désirable pour assurer un allaitement d'enfant en toute sécurité.

a) **Conséquences du lait cuit appliqué à l'allaitement des enfants.** — Les nécessités de la vie sociale et le plus souvent l'inaptitude physique de la femme condamnent une multitude de jeunes enfants au sevrage du sein maternel et à l'allaitement artificiel.

Le bilan de cette situation n'a jamais été aussi lamentable : qu'on en juge.

Le Dr Wallich, dans son rapport à la Commission d'hygiène de l'enfance, lu à l'Académie de médecine et publié le 25 juin 1924, nous révèle que sur 78.000 enfants envoyés de Paris en nourrice 98 % sont soumis à l'allaitement artificiel. Or la mortalité des enfants élevés au biberon est de 50 % (*Le Matin* du 8 février 1924).

A une séance de la Ligue du lait tenue à Paris en octobre 1923, le Dr Roéland, membre et secrétaire du Conseil municipal, fait connaître que d'après les statistiques officielles la France aurait perdu en 1921, 93.698 bébés de moins d'un an.

Le 1er janvier 1924, M. H. de Jouvenel, dans un article de tête de journal *Le Matin* pousse le cri d'alarme devant l'hécatombe de 173000 enfants qu'a perdus la France en une année. Je veux bien croire que dans ce chiffre formidables figurent, en plus des bébés, toutes les jeunes victimes fauchées à l'âge de l'enfance.

On voit là les conséquences d'un allaitement défectueux se faisant ressentir bien au-delà de la première année de vie.

« Si par l'ébullition on ne détruit pas tout ce que le « lait contient de mauvais, on détruit sûrement ce qu'il y « a de bon. Si cette pratique est mauvaise pour l'individu, « combien doit-elle être désastreuse pour la race ! Que « donnera la troisième génération de ceux qu'on élève « avec du lait mort ? » (Dr Roéland dans le discours déjà cité.)

Il faut dire que les conditions d'existence de la femme dans les villes et dans les agglomérations nombreuses du monde ouvrier, ne favorisent guère son état de santé. Le nombre des enfants qui naissent dans ces milieux forme un contingent de débiles très important.

D'après une communication à l'Académie de Médecine publiée le 24 juillet 1924, la mortalité générale des débiles s'élève à 70 %.

L'influence du mode d'allaitement a naturellement une importance considérable sur cette mortalité : avec l'allaitement au sein, on compte 1 mort sur 38 nourrissons ; avec l'allaitement au biberon 156 sur 184.

b) **Méthode d'allaitement obviant dans une certaine mesure aux conséquences redoutables du sevrage prématuré.** — Les révélations faites sur les résultats de notre puériculture plongent les familles qui ont ou attendent des enfants dans une très grande perplexité. Et ce qui achève de les déconcerter dans l'incompréhension de la chose, c'est l'annonce de-ci, de-là des quelques succès que des médecins ont su obtenir en s'ingéniant à faire le tour de force d'une adaptation de petits enfants à l'usage de la préparation culinaire que représente toutes les formules de lait conservé.

Il est certain que j'ai pu lire des comptes rendus remarquables des résultats obtenus par le Dr Dufour à Fécamps par le Dr Broussin à Versailles, enfin par le Dr d'Heucqueville à Boulogne-sur-Seine. Ce dernier a eu le bon esprit d'indiquer le principe fondamental de son procédé.

Ce praticien a publié ses résultats dans le *Progrès Médical* du 6 août 1924, sous le titre : Les accidents du sevrage prématuré. Il donne de précieuses suggestions en fixant l'époque, l'âge où ce sevrage s'opère avec le moins de difficultés et en livrant sa manière d'opérer pour établir la transition entre l'allaitement au sein et l'allaitement artificiel.

Disons tout de suite que son procédé consiste à faire aux bébés, pendant les vingt-cinq à trente jours qui ont suivi la séparation de leur mère, une distribution quotidienne de 50 à 120 grammes de *lait de femme* venant compléter la ration journalière de lait cuit de vache.

Il suffit de cette petite quantité de lait humain pourvu de ses vitamines naturelles pour assurer à l'enfant l'élément de résistance physique lui permettant de franchir sans trop d'encombre le passage de l'allaitement naturel à celui qui nettement ne l'est plus.

Les constatations de M. d'Heucqueville sont fort instructives. Il nous démontre par des tableaux synoptiques très clairs que les enfants de 3 à 4 semaines qui ont peu profité du sein maternel s'élèvent généralement très facilement, par son régime, même quand ils sont hypotrophiques, déficients de poids. Il ne parle pas, bien entendu, *d'enfants qui lui seraient présentés malades ou athrepsiques.*

Il est utile de dire que la plus grande mortalité des nourrissons au moment du sevrage se produit chez les enfants de *trois mois* et que de superbes enfants de *quatre mois* ont succombé rapidement de la privation du sein alors que de petits hypotrophiques ont résisté avec une facilité surprenante.

Cependant, ajoute M. d'Heucqueville, il faut reconnaître qu'aucune thérapeutique active ne peut modifier l'évolution des accidents graves qui aboutissent trop souvent à la mort. Ni les modifications successives de régime, ni les injections de sérum physiologique, d'huile camphrée, de sérum sanguin, ni la remise tardive au sein n'amènent la guérison ; *seule* la remise au sein *précoce* peut permettre à l'enfant, dans les cas graves, de reprendre du poids et de progresser à nouveau.

Une autre déclaration curieuse de M. d'Heucqueville est celle-ci : il renonce à croire que les accidents du sevrage soient dus à la nature, à l'espèce du lait. Il pense, comme l'a écrit, avant la guerre déjà, un pédiatre de renom, le Dr Apert (1), qu'il ne faut attacher qu'une importance secondaire au dosage infinitésimal des composants d'un lait. Ces composants varient de nature suivant l'espèce de lait, sont même de digestibilité variable, mais ce n'est pas parce que le lait sera plus ou moins lourd que l'enfant éprouvera des difficultés à se l'assimiler, mais bien parce qu'il n'y a pas été adapté progressivement et *surtout dès le début de son alimentation extra-utérine*. Il y a là une cause profonde que nous considérons comme formellement élucidée par la doctrine énoncée par le professeur Marfan et rapportée au commencement de cette étude.

S'il y a, en l'espèce, une acclimatation progressive de l'enfant à un régime alimentaire auquel son organisme n'est pas encore préparé et si l'adaptation progressive a simplement pour effet d'exciter chez lui les organes produc-

(1) *Monde médical*, sept. 1913.

© BIU Santé

teurs d'enzymes qui se mettraient à sécréter prématurément pour permettre l'assimilation de l'aliment non physiologique, ce qui conditionne l'épreuve pour le succès, ce doit être la fameuse réserve martiale du foie dont parle Marfan qui facilite la tâche au tout jeune enfant, alors que plus tard elle est trop épuisée pour soutenir le bébé jusqu'à l'âge de six mois, lequel âge marque la limite de la zone très dangereuse, la fin de la période du grand danger pour l'enfant *privé de l'allaitement par mamelle vivante*.

Cette méthode mixte pratiquée avec le soin qu'y apporte le Dr d'Heucqueville peut être précieuse dans tous les cas où la mère est capable d'allaiter un peu, au moins pendant six mois ; mais avec la difficulté que l'on rencontre à trouver la nourrice mercenaire et les frais excessifs qui sont à envisager pour mettre la méthode en pratique chez les gardeuses d'enfants, on peut considérer la solution comme insuffisante et inopérante pour remédier au désastre qui non seulement accuse le dépeuplement de la France, mais décourage les familles qui désirent des enfants.

Disons aussi que la période de l'allaitement de l'enfant pour constituer l'être robuste, de santé forte et bien équilibrée, doit se prolonger jusqu'au moment que fixe la nature pour permettre au jeune être de se sustenter au régime commun des adultes. La dentition nous dit quand l'organisme est prêt, mais même la nature délicate des vingt dents de lait, qui sont caduques et devront être remplacées, indique qu'il reste des précautions à observer et des abus ou excès à prévenir dans l'alimentation des enfants

III. Conditionnement d'un allaitement artificiel parfait parce que établi selon la règle naturelle.

En tenant compte des considérations qui précèdent les facteurs à définir pour permettre de résoudre le problème proposé sont les suivants :

1° Avoir un lait qui par sa salubrité habituellement certaine ne nécessiterait pas la cuisson, la stérilisation du liquide.

2° Avoir ce lait salubre aussi abondant et aussi facilement à la portée de la mère en mal d'allaitement que peut l'être partout le lait de vache suspect de tuberulose.

3° Avoir un lait à pouvoir servir à la chaleur animale et vitaminé comme celui que l'enfant trouve au sein.

Ce lait conditionné et servi comme la nature l'offre au nouveau-né est, dans l'idée du public et du médecin, chose introuvable. Ce dernier part de cette pétition de principe qu'il faut à tout nouveau-né le lait de son espèce, la mamelle vivante de son espèce pour conditionner l'allaitement parfait avec le lait approprié au sujet auquel il est destiné. C'est là la grosse erreur qui égare toutes les recherches des pédiâtres.

La vérité positive et exacte c'est que vous faites avec du lait de chèvre cru et vivant des élevages parfaits dans toutes les espèces animales, élevages qui non seulement sont une certaine accommodation suffisante pouvant valoir l'allaitement normal, mais qui bien effectivement prduisent des élèves souvent plus robustes, plus précoces, de formes plus harmonieuses que n'aurait pu faire avec son lait la propre mère du nourrisson. Cette expérience physiologique a été faite dans des cas innombrables avec un plein succès non seulement, je le répète, avec des enfants mais, à ma seule connaissance, avec le veau, l'agneau, le porcelet, le poulain, le chaton, le lapereau, le guépardeau, le lionceau, même le jeune hippopotame. Voilà des animaux d'espèces extrêmement diverses, qui, tous, comme l'enfant, ont trouvé dans le lait de chèvre d'assimilation facile et de grande puissance nutritive les principes d'une vitalisation absolument remarquable.

Ce n'est pas là une simple opinion comme celle émise pour fonder l'affirmation contraire, c'est *un fait* que tous les physiologistes peuvent vérifier comme je l'ai fait à la condition de servir le lait en question dans la plénitude de ses attributs, de ses virtualités.

Cet exposé d'un fait si simple qui aurait échappé au monde savant penché avec tant d'insistance et d'intérêt sur le problème le plus grave qui existe dans nos préoccupations nationales, est difficilement écouté : on n'y peut croire, il faut même l'explication de ce phénomène de la psychologie courante pour vouloir s'y arrêter. Aussi ferons-nous suivre cette explication, dès que nous aurons suffisamment démontré ce qu'est le lait que nous préconisons.

a) **Quel est le lait à choisir** ? Dans un article paru dans le *Progrès médical* du 10 mars 1923, nous avons indiqué la source de lait qui réalise, selon nous, toutes les qualités à rechercher. Cette source est de salubrité garantie, son abondance dépassera dès qu'on le voudra la source du lait bovin : elle sera à portée de la main dès demain si l'on veut ; la richesse de ses éléments nutritifs, est incomparable et le lait qui y sera puisé peut être servi dans sa forme animée qui lui assure la plénitude de ses virtualités hygiéniques. Le lait ainsi conditionné offre pour l'enfant des avantages souvent plus appréciables que le sein maternel qui peut être souvent l'occasion d'une contamination tuberculeuse ou syphilitique, alors qu'avec la méthode que nous préconisons toute sécurité est offerte sur ce point capital.

Pour qu'on ne nous soupçonne pas une fois de plus de mettre des œillères, pour voir notre théorie sans défaut, nous donnerons la parole à des personnalités médicales qui diront ce qu'elles savent par leur science et leur expérience sur le sujet que nous mettons en lumière.

Reprenons donc les termes même de ce que j'ai exposé le 10 mars 1923 :

« Chez les enfants, élevés exclusivement au sein, on n'observe pas la gastro-entérite aiguë ; le choléra infantile, la gastro-entérite chronique, l'athrepsie, sont exceptionnelles. J'ai moins l'expérience de l'élevage des enfants *au pis animal* ; il est peu pratiqué dans notre pays ; *la chèvre* et surtout l'alpine offrait pourtant un moyen simple de le réaliser ; les quelques documents que nous possédons à ce sujet montrent que l'élevage au pis n'est pas loin de valoir l'élevage au sein. Il ne faut du reste pas attacher une importance superstitieuse au fait de mettre l'enfant directement au pis. Ce qu'il importe c'est qu'il prenne le lait fraîchement trait... il est encore, dans ces conditions, à l'abri de la gastro-entérite tout autant qu'en le mettant directement au pis » (Dr Apert, *Monde Médical* sept. 1913).

J'ai rapporté également dans mon article du 10 mars 1923 les appréciations d'une autre personnalité médicale hautement qualifiée dans la science, en Belgique, et qui a écrit sur le lait des études qui remontent à 15 ans et le désignent comme un des précurseurs dans la marche des idées affirmées au Congrès des Physiologistes réunis à Paris en 1920 pour proclamer l'existence et le rôle des vitamines. Le docteur Pol Demade, de Bruxelles, ancien assistant au laboratoire de Louvain, fait depuis de nombreuses années usage, dans sa pratique médicale, du lait de chèvre et habite un pays qui protège et propage cette espèce laitière en raison des services considérables qu'elle peut rendre.

« J'affirme, dit le Dr Pol Demade, qu'au temps où nous vivons le lait de chèvre est le meilleur qui existe tant pour l'homme sain que pour l'homme malade. La supériorité du lait de chèvre dans l'alimentation directe n'est pas contestable. »

« Le lait de chèvre est incomparable à titre alimentaire au cours de la gastro-entérite infantile ; associé, au début de la diète hydrique, et puis donné en coupage d'abord, pur ensuite et sans être bouilli bien entendu, c'est-à-dire tout imprégné de ses vitamines, le lait de chèvre donne des succès constants. Je l'ai expérimenté sur cinquante enfants ».

© BIU Santé

« Le lait de chèvre, non bouilli est un élément de succès constants dans cette affection mal définie qu'on appelle *fièvre de croissance* et qui est caractérisée par de la fièvre et des manifestations osseuses de l'épiphyse. Je l'ai vu, dit-il, dans douze cas bien observés, donner des résultats nets remarquables.

« Le lait de chèvre est l'aliment de choix dans l'affection classée comme chloro-anémie des jeunes filles pubères ».

« Il est inutile de lui associer la médication ferrugineuse, le fer étant un médicament qui pousse aux hémorragies chaque fois que la tuberculose est menaçante ».

« J'ai donné le lait de chèvre dans une centaine de cas de tuberculose. Le lait de chèvre, sans avoir aucune valeur spécifique, surpasse cependant le lait de vache. Il est mieux toléré, il est plus digestif, il n'a pas besoin de subir l'action de la chaleur ».

« A l'époque, poursuit-il, où je commençais mes observations sur la valeur du lait en thérapeutique, nous ignorions l'importance que devait acquérir dans la suite le problème des vitamines. Dès cette époque j'avais la conviction, comme je l'ai écrit plusieurs fois, que le lait stérilisé était un lait déficient ».

« Ma conviction appuyée sur des faits nombreux (plusieurs centaines) est que la chèvre est une de nos plus grandes ressources, étant habituellement tout à fait réfractaire (99 fois sur 100) à la tuberculose, tandis que la vache est d'une réceptivité quasi-universelle ».

Les témoignages dans le même sens que j'ai recueillis depuis 25 ans de la part de nos plus grands médecins de France qui ont bien voulu pratiquer le lait de chèvre dans la forme où je le préconise, rempliraient un volume ; je ne tente donc pas de les énumérer ici.

Il existe des détracteurs du lait de chèvre, mais chaque fois que j'ai eu occasion d'en rencontrer, il s'était présenté le cas auquel le professeur Stoelzner, de Halle, a donné un grand retentissement qui d'ailleurs a tourné à sa confusion : ce praticien allemand déclarait que le lait de chèvre avait causé à sa connaissance, de nombreuses affections de malnutrition ; il parlait d'anémie hémolytique et de tendance au rachitisme que l'usage du lait de chèvre déterminerait, selon lui, encore plus facilement que le lait de vache.

J'ai posé à ce savant cette simple question : comment était le lait de chèvre et comment était-il administré ? La réponse fut nette : il était employé, selon la coutume aujourd'hui établie partout pour le lait de vache, il était donné à l'enfant après avoir subi une ébullition de 10 minutes.

Le cas était jugé et l'impression qui demeure c'est de la stupeur ! imagine-t-on qu'un lait peut rester doué de ses propriétés physiologiques, quand on a fait ce qu'il fallait pour les détruire de fond en comble !

b) **Qu'est-ce que la chèvre, à ce jour, dans l'opinion générale et dans ses réalités économiques.** — Nous avons dit qu'il faut une explication à l'opposition systématique que font le public et la généralité des médecins à toute utilisation de la chèvre dans notre alimentation lactée.

La raison qui peut prévaloir parmi toutes les autres et qui saute aux yeux est qu'il y a déshabitude de l'usage du lait de chèvre parce que ce lait provenant de la bête qu'on a communément désignée sous l'appellation désobligeante de vache du pauvre, personne ne veut recourir à ce lait ainsi disqualifié.

Il y a aussi la préoccupation des profiteurs de l'industrie laitière, de ceux qui font le ramassage du lait, qui le traite au mieux de leurs intérêts et dans ces vues mercantiles le soumettent à un chauffage à haute pression afin d'en assurer la conservation et le maniement commode pour le consommateur. La préoccupation de ces industriels et de tous les intérêts qui gravitent autour de cette exploitation destructive de toute hygiène lactée est de dénigrer l'espèce caprine, de contester les valeurs du lait de chèvre, notamment sa salubrité, d'amplifier les insinuations erronées répandues sur la chèvre véhiculant la fièvre de Malte, d'affirmer même cette monstruosité qu'il y aurait là une maladie de la chèvre (1).

Il y a enfin l'objection assez spécieuse que font beaucoup de médecins auxquels nous cherchons à persuader qu'il y aurait amélioration de la santé publique si le lait de chèvre venait à être plus largement pratiqué, à l'instar de ce qui se passe dans tout le sud de l'Espagne et dans tout le Nord de l'Afrique où l'usage de ce lait prédomine sur tout autre. Ils objectent qu'en Espagne par exemple où 90 % du lait provient de la chèvre, la santé publique ne semble pas meilleure que chez nous. Sur ce point nous remarquons aussitôt que là comme ailleurs, sous prétexte d'assainir le lait, en réalité de combattre les effets de la malpropreté, on a pris l'habitude de faire bouillir le lait : il ne peut donc plus fournir ses effets puisqu'il est devenu inerte et mort. Et rappelons à cet égard, qu'avant la mise en pratique de cette cuisson systématique, un de nos distingué pédiatres, le docteur Lesage, médecin des hôpitaux de Paris, nous a fait une communication fort suggestive que nous avons publiée en son temps. M. Lesage relatait ce fait important à la suite d'un voyage d'étude à travers tout le sud de l'Europe, que partout où des troupeaux de chèvres parcouraient les villes et les localités et versaient aux habitants un lait consommé en quelque sorte à la chaleur de la traite, l'entérite infantile était complètement inconnue. Cette constatation lui aurait été confirmée par les médecins locaux qu'il a interrogés à ce sujet.

Nous pensons avoir, dans les lignes qui précèdent, exposé tous les aspects de la résistance du public à l'usage du lait de chèvre. Il reste bien quelques considérations secondaires à envisager, celle par exemple du dégoût injustifié qu'inspire ce lait aux personnes qui ne jugent que sur impressions préconçues. Ces sortes de préventions finissent toujours par céder à cette évidence que le lait en question consommé frais non bouilli, c'est-à-dire tel qu'un lait doit être ingéré pour produire ses effets physiologiques normaux, et provenant d'animaux de choix vivant au régime de domestication, ce lait, dis-je, a exactement la même saveur et la même odeur que tout bon lait quelconque provenant par exemple de nos plus belles étables modèles. Le lait de chèvre dans ces conditions s'emploie exactement aux mêmes usages que le lait de vache, il entre de la même façon dans toutes les préparations culinaires et pâtissières et sert à fabriquer du beurre valant celui d'Isigny.

Voilà des faits qui font tomber à plat toutes les objections faites de bonne foi et à bon escient. Celles qui ont un sens d'hostilité sournoise et inavouables sont irréductibles autrement que par la force et la volonté de vaincre. Prenons à leur égard l'attitude énergique qu'il faut pour les convaincre que nous ne plierons plus : l'intérêt du pays combat avec nous !

On fait communément avec nous, dans les milieux tant soit peu avertis en la matière que nous traitons, cette constatation curieuse que de tout temps, dans l'histoire de l'humanité, nous trouvons la chèvre non seulement aux côtés de l'homme pour l'aider à vivre et à défricher le lopin de terre qu'il va cultiver, mais plus spécialement pour allaiter les enfants. A l'origine de l'histoire, dans ce qui n'est encore que la légende mythologique, on parle déjà de cette utilisation de la chèvre placée au berceau de Jupiter enfant pour allaiter un dieu. Qui, parmi les esprits cultivés a ignoré à travers les siècles le nom de la chèvre Amalthée !

Il nous a fallu arriver à l'époque de la prétendue civilisation pour voir abandonner une notion ancrée dans l'esprit humain depuis que l'homme existe.

Que s'est-il donc passé pour que nous en arrivions à

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 37, 13 sept. 1924.

◆◆

© BIU Santé

cette déraison que tout le monde, demain, qualifiera de funeste ?

Avec un peu de réflexion on arrive cependant à comprendre.

L'exploitation agricole selon les principes de la science moderne comporte d'une part l'élevage en pâturage des bêtes de la ferme et d'autre part, la culture savante, poussée et soignée des céréales, des produits maraîchers, des arbres fruitiers et des vignes.

La chèvre, par destination naturelle, est comme nous l'avons dit, la défricheuse par excellence ; c'est à la feuille, aux bourgeons des plantes arbustives et forestières qu'elle donne d'instinct toutes ses préférences et c'est elle qui en fait le meilleur emploi économique.

L'agronome et le forestier tout à leur spécialité ne veulent pas, le premier, de cette bête de pacage qui utilise moins bien que le bovidé et le mouton la parcelle d'herbage qui lui est assignée parce qu'elle est constamment en éveil pour saisir ce qui convient mieux à son goût naturel ; le second, parce qu'il considère avec juste raison le danger des saccages que la chèvre est capable de commettre aussi bien dans les jeunes plantations des essences forestières, que dans celles du potager.

Comme conclusion : sus à la chèvre dévastatrice des jardins et des bois, rayons-la de la liste des animaux utiles à la ferme ; fermons-lui les concours, et qu'elle ne soit plus tolérée que là où l'aridité du sol, en pays perdu de montagne, la rend seule possible à une exploitation de petite portée.

Comme conséquence de ce régime, on ne voit plus de chèvres partout où se pratique une activité agricole quelconque et l'espèce disparaît à mesure que grandit le domaine des terres cultivées.

C'est là un malheur d'autant plus lamentable qu'il n'existe que par la faute de l'homme qui méconnaît le meilleur de ses intérêts en persécutant la chèvre et tue ainsi par une ambition insensée sa poule aux œufs d'or.

Il est un fait aujourd'hui connu et vérifié à fond, nous nous offrons de le présenter aux yeux de tous dans toute son évidence, c'est que la chèvre simplement traitée à l'inverse du régime qui lui est appliqué chez nous, devient *ipso facto* la plus précieuse de toutes les bêtes agricoles. En Allemagne, avec le sens pratique suraigu qui caractérise l'indigène, la chèvre figure en tête de la liste des animaux profitables à l'homme, elle est, pour l'Allemand, même plus utile que le porc.

Mais au lieu de la lâcher dans l'herbage où la guettent, tapis dans l'humus les larves de tous les parasites entozoaires qui sont les ennemis mortels et uniques de la chèvre, il suffit de la tenir et de la nourrir à l'étable où elle vit impunément de nombreuses années, en donnant à ce régime le maximum de son rendement pour peu qu'on discipline et qu'on règle son appétit pour la forte production.

Dans ces conditions, cette laitière, la plus précoce qui existe puisqu'elle produit du lait à l'âge d'un an, fournira une lactation qui pourra durer et dépasser deux ans. Elle est dans ces conditions susceptible de nourrir son nourrisson jusqu'à l'âge où celui-ci, alimenté à fond et développé en toute force, montre les vingt dents qui le marquent en état de se nourrir de tout ce qui constitue l'alimentation saine et modérée de l'enfant grandi et bien portant.

c) **Comment, dans l'état actuel de la caprieulture française, arriverons nous à répondre à l'immense besoin que l'adoption de notre doctrine d'allaitement créerait immédiatement** ? Par l'élan que prennent déjà nos partisans pour lancer l'industrie caprine, nous prévoyons que la crise du début se dénouera beaucoup plus facilement et plus rapidement qu'on ne pourrait le soupçonner *a priori*.

Retenons bien que la gestation caprine n'est que de 5 mois ; qu'il est possible d'obtenir deux portées par an ; que chaque mise bas donne plus souvent deux sujets qu'un seul et qu'il y a fréquemment des trijumeaux ; voilà pour la vitesse de l'accroissement du cheptel national.

Quant à la production laitière, sachons qu'à l'âge d'un an une chevrette opère sa première parturition et est susceptible de fournir en lait la moitié de ce qu'elle donnera à l'âge de 4 à 5 ans en atteignant l'âge adulte. La mise en produit précoce ne nuit en rien à son développement et accentue la faculté laitière par la mise en fonction précoce de l'appareil générateur du lait ; il faut, bien entendu, que la bête soit soutenue dans le double effort de croissance et de production par une alimentation appropriée à cette dépense énergétique.

Les bêtes de race peuvent nous manquer tout d'abord, cela se conçoit dans un pays où la question d'amélioration de l'espèce a été totalement négligée.

L'alpine, en particulier, qui est la mieux douée pour faire une chèvre-nourrice peut ne pas nous fournir pour le moment le contingent considérable que réclamera le pressant besoin ; mais il y a par ailleurs, en France, dans la population caprine adultérée des éléments appréciables pour mettre en marche notre système d'élevage infantile.

Du reste l'amélioration du troupeau national peut être réalisé en moins de trois ans et dans cet intervalle se déploiera déjà l'influence salutaire que nous envisageons avec une confiance fermement établie.

Il faut pour faire une race avec un substratum de valeur économique nulle, trois croisements successifs opérés au moyen d'un mâle pur sang de bonne espèce laitière. Cet animal opère d'abord avec le substratum insignifiant, puis avec le demi-sang sorti de la bique vulgaire, enfin sur le quart de sang obtenu par le bouc de race sur la chèvre mâtinée au premier degré. La troisième génération sortie de ce triple accouplement donnera des sujets ayant toutes les qualités économiques considérées chez l'étalon mis en œuvre.

Voilà comment s'obtiendront rapidement les nourrices caprines qui sauveront de la mort, de la malnutrition qui les tue, tous les enfants privés du sein maternel prématurément.

Si nous arrivions à faire comprendre à la majorité des Français l'économie bienfaisante de notre système d'allaitement calqué sur la nature, il s'établirait une vogue, une mode pour le développement et la généralisation de l'institution.

On ferait des expositions et des concours de chèvres, comme on fait pour les animaux de la ferme et de la basse-cour. La chèvre, cette dévastatrice des jardins, entravée, disciplinée et copieusement nourrie pour produire, enfin confinée dans le petit réduit facile à disposer dans toute maison ou villa contenant une seule famille, deviendra bientôt la source de santé, d'aisance et de richesse pour tous ceux qui voudront se livrer à ce prétendu engouement qui deviendra l'œuvre de bienfaisance la plus féconde de notre temps.

C'est dans cet esprit qu'a été conçu et que fonctionne déjà le Club de la chèvre de race pure qui a ouvert un livre d'origine pour toutes les races caprines déjà qualifiées, qui établit le contact entre tous les éleveurs pour l'animation de l'industrie naissante, qui rayonne déjà dans toute la France par l'organisation de ses secrétariats départementaux qui suscitent les expositions et les concours caprins et qui enfin déploie un zèle magnifique et enthousiaste à la mise sur pied de l'œuvre de salut public impatiemment attendue.

Joseph CREPIN.

© BIU Santé

XXXIIIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris* 6-11 *octobre* 1924)

TROISIÈME QUESTION

Des soins pré et post opératoires, du choix de l'anesthésie dans les opérations sur l'estomac

Rapport de M. LAMBERT.

La chirurgie gastrique, actuellement bien au point, peut donner d'excellents résultats. Elle offre cependant quelques dangers spéciaux dont il importe d'être prévenu ; ce sont : le *shock opératoire*, et les *complications pulmonaires*.

I. **Les moyens d'évaluer la résistance du malade au shock opératoire.** — Le *shock* a son origine habituelle dans le *traumatisme opératoire* et dans *l'anesthésie*.

Le *traumatisme opératoire* est d'autant plus marqué que l'état du sujet est plus précaire.

Le malade, débilité par les restrictions alimentaires et par l'accumulation de déchets toxiques dans le sang, présente des troubles variés de la nutrition dont les principaux sont l'*azotémie* et l'*acidose*. La muqueuse gastrique, qui normalement n'absorbe guère, laisse passer des peptones irritantes, des sucres non assimilables et, dans le cas de cancer, des poisons hémolysants qui vont au foie et le fatiguent.

Enfin, l'action de la douleur a un retentissement sur le système nerveux végétatif qui à son tour agit sur les autres fonctions.

Tels sont les principaux facteurs préparateurs du shock. Il faut tenir compte, dans le même ordre d'idées, de la *nature de la lésion* et de l'*anémie du sujet*.

Les sténosés du cardia sont de purs inanitiés. Les sténosés du pylore présentent en plus les effets de la stase gastrique, en particulier cette carence des liquidés qui se traduit en définitive par l'hypotension artérielle, la concentration sanguine et la déshydratation tissulaire.

L'anémie est plus ou moins marquée. Habituellement moyenne et sans grande importance, elle peut être aiguë — et disparaître après l'opération — ou chronique et définitive.

Les méthodes d'examen. — Elles tendent à rechercher les tares de l'organisme, pour les supprimer, ou les réparer, s'il est possible.

L'*inspection* qui renseigne sur le degré d'amaigrissement, d'asthénie, de dépression et d'anémie du sujet manque de précision et doit être complétée par d'autres investigations : la *pesée*, l'*évaluation de la pression artérielle*, l'*oscillométrie*, l'*examen globulaire du sang*, la *recherche du temps de coagulation et de saignement*.

L'*analyse des urines*, encore plus nécessaire, doit être complète et comporter en particulier la recherche de l'acétone et des corps cétonés. L'évaluation de la constante d'Ambard s'imposera parfois.

Les recherches de laboratoire porteront également sur *le sang*. Presque toujours les malades en question présentent un excès d'urée sanguine, conséquence d'une insuffisance hépato-rénale. Une azotémie s'élevant à 1 gr. 50 ou à 2 grammes interdit l'acte opératoire, d'autant plus que le taux de l'urée dans le sang augmente encore du fait de l'anesthésie générale et du fait de l'intervention elle-même.

Quant aux recherches portant sur la glycosurie, la glycémie, l'urobillinurie, les acides aminés, l'hémoplasie digestive, on peut s'en dispenser. Leur intérêt pathologique n'est pas encore assez nettement établi pour faire accepter les difficultés techniques qu'elles offrent pour la plupart.

La constance de l'alcalinité du sang est une nécessité absolue. A l'état normal, le milieu intérieur maintient sa stabilité en dépit du perpétuel mouvement des acides et des bases que fournit la nutrition. Mais quand le foie est compromis dans sa physiologie, les acides arrivent en trop grande quantité et épuisent « la réserve alcaline ». L'*acidose* apparaît, et c'est une menace de mort.

La réserve alcaline du sang étant en moyenne de 65 volumes, il y a danger à opérer quand elle descend aux environs de 30. On note alors des symptômes nerveux, somnolence ou agitation. Certains croient se mettre à l'abri en injectant dans les veines des solutions concentrées de bicarbonate de soude ; mais la rechute est certaine et la mort survient.

Si l'on remet à plus tard l'intervention, on a quelques chances de faire disparaître cette intoxication par le régime alcalin, le sucre, le jus de fruits donnés abondamment pendant quinze ou vingt jours, mais s'il en est autrement la contre-indication opératoire est formelle.

II, **Soins pré-opératoires basés sur ce qui précède.** — De cet exposé on peut conclure que la conduite à tenir varie avec l'état général du sujet. Si l'affection a évolué et si l'on note de l'insuffisance polyglandulaire chez un malade déshydraté, intoxiqué, il faut par tous les moyens essayer de le rendre susceptible de résister.

Le *repos* est le plus important de ces moyens, à condition d'être complet : physique et moral.

L'*alimentation* sera abondante et bien choisie. Les farines, les légumineuses complètes, les panades très cuites formeront la base de cette alimentation. On n'hésitera pas à donner des viandes crues pilées et passées, des gélatines fraîches et même quelques jaunes d'œufs frais dans du thé ou du café. Les légumes verts en purées seront servis à tous les anémiques.

La teneur du foie en glycogène a une importance primordiale ; d'où la nécessité de donner au malade des solutions de glucose ou de lactose.

Pour diminuer la concentration du sang et assurer l'hydratation des tissus, on prescrira des boissons abondantes. Si le malade ne peut pas boire on injectera sous la peau alternativement du sérum salé et du sérum glucosé. On pourra utiliser également la méthode du goutte à goutte rectal de Murphy.

L'administration des liquides sucrés ne sera jamais trop largement prescrite, car ils répondent à toutes les atteintes portées à l'organisme. Sous leur action on voit la pression artérielle s'élever, l'amplitude oscillométrique s'améliorer et la diurèse devenir normale. Celle-ci ne doit pas être inférieure à un litre par jour.

Il faudra d'autre part éviter toute occasion de déperdition de liquide. A ce point de vue les purges sont contre-indiquées L'évacuation du gros intestin sera assurée par de petits lavements répétés. On veillera à obtenir le rejet complet des ingesta barytés provenant des examens radioscopiques.

La *médication toni-cardiaque* rendra de grands services : huile éthéro-camphrée sous la peau, adrénaline dans les sérums injectés, digitaline, spartéine.

On luttera contre l'auto-intoxication gastrique par les *lavages d'estomac* et après chacun d'eux on abandonnera dans l'estomac un demi-litre d'eau contenant 15 grammes de bicarbonate de soude.

Si la formule hématologique accuse moins de 2.000.000 de globules rouges et moins de 40 p. 100 d'hémoglobine, on prescrira les médications habituelles, mais le grand remède sera souvent la *transfusion*.

Les *retards de coagulation* sont rares chez cette variété de malades. Il est classique de les traiter par le chlorure de calcium dont l'efficacité est douteuse. Mieux vaut injecter quelques centimètres cubes d'un sérum thérapeutique quelconque ou 20 centimètres cubes de sérum humain la veille de l'intervention.

III. **Complications pulmonaires.** — Elles sont fréquentes et causent 30 p. 100 de décès. Il s'agit soit de points de congestion, soit de broncho-pneumonie, soit de pneumonie, rarement de pleurésies ou de gangrène.

© BIU Santé

Ces complications sont dues le plus souvent à des associations microbiennes, mais l'*entérocoque* de Thiercelin est en cause dans 45 p. 100 des cas.

La *narcose* peut avoir une large part dans la production des accidents pulmonaires en irritant l'épithélium du poumon ou en permettant l'introduction des matières vomies dans la trachée.

La faiblesse de l'amplitude respiratoire limitée par la douleur au niveau de la plaie, l'immobilisation postopératoire, l'action du pneumogastrique, nerf commun à l'estomac et au poumon, le refroidissement, qui diminue le pouvoir bactéricide de l'épithélium pulmonaire, les microbes de la bouche, du nez et du pharynx et *surtout ceux de l'estomac* constituent autant de facteurs des inflammations du poumon.

On peut poser en loi que, dans toute opération portant sur un estomac qui contient des germes, il y a presque fatalement transport de ceux-ci dans les poumons. Ce passage ne se fait pas sous forme d'embolies ; il s'agit d'une véritable absorption par les lymphatiques.

Grégoire a pensé qu'en lavant l'estomac à l'eau iodée on pouvait supprimer cette cause de complications pulmonaires. Une telle pratique est de plus grande utilité, mais elle est insuffisante. Plus active et plus sûre est la méthode de la *vaccination préventive* à l'entérocoque bien réglée par Gernez, de l'Institut Pasteur de Lille. Cerf et Pauly font aux malades qui doivent subir une éthérisation une injection de sérum antipneumococcique, et Pauchet recommande cette même injection chez les opérés de l'estomac pendant les épidémies de grippe.

Contre le refroidissement on évitera d'exposer le malade à l'air. Les bouillottes d'eau chaude, les cataplasmes sinapisés, les ventouses seront utilisés systématiquement.

La ventilation pulmonaire sera favorisée par la *gymnastique respiratoire* et le *lever précoce*, celui-ci conseillé cependant avec discernement.

La *désinfection* du *nez*, de la *bouche* et de la *gorge* sera assurée par quelques gouttes d'huile goménolée et les dents seront brossées deux fois par jour.

En cas d'alerte inquiétante, on utilisera le stock-vaccin de Minet et les moyens médicaux classiques.

IV. Du choix de l'anesthésie. — Une bonne anesthésie en chirurgie gastrique doit réunir les qualités suivantes :

L'*efficacité*, c'est-à-dire un silence abdominal complet permettant les explorations et les manœuvres nécessaires.

La *régularité*, car à aucun moment l'opéré ne devra faire d'efforts intempestifs, ni présenter nausées ou vomissements.

L'*absence de toxicité*, afin qu'il n'y ait pas d'accidents immédiats ni de complications tardives dues aux lésions des organes nobles déjà déficients chez beaucoup de gastropathes.

Aucun anesthésique ne possède toutes ces qualités. Il faut chercher celui qui en a le plus.

Le *chloroforme*, d'administration facile, donne une bonne résolution musculaire et un calme abdominal parfait, mais le réveil s'accompagne d'efforts, de nausées et de vomissements. Il rend l'alimentation précoce, même liquide, impossible. Son action sur le poumon est négligeable, par contre c'est un poison du foie et du rein. Il est nettement hypotenseur.

L'*éther* donne aussi une bonne anesthésie, mais la respiration prend volontiers le type abdominal. Il prédispose nettement aux complications pulmonaires et son action sur le foie et le rein, bien que moins profonde et moins durable, se rapproche cependant de celle du chloroforme. C'est un hypertenseur manifeste.

Le chloroforme et l'éther sont des anesthésiques commodes pour l'opérateur.

Le *protoxyde d'azote* ne lèse ni le poumon, ni le rein, ni le foie. Les vomissements sont rares. Il ne provoque pas de shock. Par contre, le relâchement musculaire est incomplet et le calme abdominal n'existe jamais. L'hémostase est pénible. Enfin, il nécessite un anesthésiste de profession.

Le *chlorure d'éthyle* est sans action marquée sur le cœur, le foie et le rein. C'est un hypotenseur brutal. Il ne se prête guère à une narcose prolongée qu'entre les mains d'un anesthésiste compétent. Le sommeil qu'il donne est rarement complet et toujours de mauvaise qualité.

Les défauts des anesthésiques généraux pris isolément ne disparaissent nullement quand on emploie *leurs mélanges*. Le contraire serait assez paradoxal. Du reste, ils n'ont pas été étudiés dans les laboratoires quant à leur action possible sur le foie et le rein.

Il semble donc qu'en attendant la découverte de la narcose idéale le mieux soit de s'adresser aux *anesthésiques à action localisée*.

La cocaïne est à peu près abandonnée en raison de sa toxicité ; mais on emploie couramment la novocaïne et la stovaïne, substances peu toxiques dont on peut injecter de grandes quantités en solutions faibles pour l'anesthésie locale et qui servent à réaliser la rachi-anesthésie.

Cette dernière a des partisans résolus et des adversaires irréductibles. Sans action sur le foie, le rein, le cœur et le poumon, elle assure un silence abdominal remarquable et permet la suppression d'un aide. Par contre, il faut noter le pouls misérable qui, vers la vingtième minute, traduit une chute extrême de la pression artérielle. Or, tous les opérés de l'estomac sont déjà des hypotendus. La céphalée, les accidents tardifs doivent entrer également en ligne de compte. De plus, pour la chirurgie de l'estomac, il est nécessaire de pratiquer une anesthésie haute entre D VII et D XI, et il est certain que la gravité de la méthode augmente avec la hauteur du niveau où l'on doit la faire porter.

Pour ces raisons on ne peut que souscrire à une récente conclusion de Riche, à savoir qu'*il ne faut pas pratiquer l'anesthésie rachidienne dans les cas où l'anesthésie locale doit suffire*. Celle-ci, en chirurgie gastrique, est-elle réalisable ?

D'une part, le nerf sensible de l'estomac est le sympathique dont les fibres viennent des racines des nerfs dorsaux de D^6 à D^{10} par l'intermédiaire des rami communicantes. D'autre part, l'expérience montre que la sensibilité de l'estomac est obtuse et que la douleur due à la traction sur les mésos n'existe que dans l'extériorisation et la remise en place de l'organe. Par suite, le *blocage anesthésique* de la zone gastrique peut être obtenu par trois procédés :

1° *L'anesthésie paravertébrale* ;
2° *L'anesthésie des splanchniques* ;
3° *L'anesthésie par infiltration*.

Le premier procédé est abandonné.

Les splanchniques peuvent être anesthésiés par la méthode de Roussiel qui consiste en une injection massive de 60 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 5 p. 100 poussée au niveau de D XI ou D XII, d'un côté ou des deux côtés de la colonne vertébrale. Le liquide diffusant aisément dans l'espace sous-pleural et sous-péritonéal atteint les splanchniques et le ganglion semi-lunaire. Il est nécessaire naturellement d'anesthésier dans un temps spécial la paroi abdominale antérieure.

Mais l'*anesthésie locale* par infiltration successive est d'exécution plus simple ; c'est celle que l'auteur emploie. Il en a toujours eu satisfaction. Il la fait traçante, plan par plan, et parfois, aux instants plus particulièrement douloureux, y ajoute l'administration passagère de quelques gouttes d'éther ou de chloroforme.

Le *shock* dans l'anesthésie locale ainsi réalisée est insignifiant.

Pour que cette méthode ait toute son efficacité il est bon que le malade soit préparé par une injection de scopolamine-morphine ou par un autre narcotique : véronal, somnifène.

En outre, cette anesthésie exige de l'opérateur de l'entraînement et de la méthode. Il faut savoir attendre cinq à six minutes, reconnaître les temps douloureux, faire preuve d'une douceur spéciale, essuyer sans frotter, réduire au minimum le traumatisme manuel et instrumental, enfin, à l'occasion, s'entretenir avec le malade de façon à détourner son attention des manœuvres opératoires un peu douloureuses.

V. — Après l'opération. — Dès le retour du malade dans son lit on lui donnera la *position assise*. La *douleur* est essentiellement déprimante, hypotensive ; pour la calmer on recourra prudemment à la morphine ou au pantopon.

Le *régime alimentaire* dépendra de l'état général du malade,

© BIU Santé

mais, résistant ou non, il devra boire le plus possible, notamment de l'eau lactosée ou édulcorée au sirop de fruits. On assurera ainsi une élimination urinaire suffisante.

En cas de *vomissements*, les lavages gastriques fréquents avec des liquides alcalins constitueront la meilleure thérapeutique. On veillera au *nettoyage* bi-quotidien de la *bouche*, des *dents* et du *nez*.

La *gymnastique respiratoire* évitera les complications pulmonaires.

L'*évacuation intestinale* sera facilitée par le lever précoce ; à la rigueur on prescrira un lavage au quatrième jour, un purgatif au huitième.

Enfin, on luttera contre la *diarrhée* qui survient parfois au début de l'alimentation solide par l'opium, le bismuth, les poudres neutralisantes et absorbantes.

Soins pré et post-opératoires, choix de l'anesthésie en chirurgie intestinale.

Rapport de M. G. LARDENNOIS (de Paris).

I. **Soins préopératoires.** — La préparation d'un malade à opérer se présente dans des conditions très différentes suivant qu'il s'agit d'un cas d'urgence ou d'une intervention différée.

A. **Interventions d'urgence.** — Quoiqu'il faille, dans ce cas, aller vite, certaines précautions ne peuvent être omises : ainsi l'examen du cœur et des poumons, la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine. On remonte les malades affaiblis par les injections d'huile camphrée, de sérum glucosé, d'extrait surrénal. Les lavages de bouche et la désinfection du nez sont utiles. Le lavage d'estomac devra toujours être pratiqué en cas d'occlusion. Enfin, l'injection d'un narcotique avant l'anesthésie est ici discutable, mais l'atropine-morphine peut rendre service.

B. **Interventions différées.** — Un examen complet est nécessaire pour dresser « l'inventaire » organique du futur opéré. Cet examen comportera obligatoirement le dosage de l'urée dans le sang et l'établissement d'une constante d'Ambard, la recherche et le dosage de l'acidose, l'étude cytologique du sang et les réactions propres à révéler la syphilis, des recherches coprologiques. La préparation morale du malade ne sera pas négligée. Certaines tares organiques méritent d'être envisagées à part :

Syphilis. — L'indication du traitement spécifique préopératoire est délicate à poser car un traitement intensif a quelquefois pour effet de bloquer le rein et de congestionner les organes digestifs.

Diabète. — Les diabétiques sans dénutrition ni acidose peuvent être opérés. Les diabétiques sans dénutrition avec poussées d'acidose risquent des accidents. L'intervention chez les diabétiques avec dénutrition et acidose, si elle est indispensable, comporte un pronostic grave.

Morphinomanie. — La démorphinisation ne doit pas être tentée avant l'opération. Elle risque d'échouer et met le malade dans un état d'abattement peu favorable à l'intervention. D'ailleurs, le pronostic n'est pas nécessairement aggravé par la morphinomanie si le sujet n'est pas cachectique.

Anémie. — Elle sera traitée par les injections de sérum, le chlorure de calcium, l'hémostyl et dans certains cas par la transfusion.

Subasphyxiques. — Les lésions des voies respiratoires supérieures se rencontrent souvent chez les malades atteints d'appendicite chronique, de mésentérite, de stase intestinale. En principe, il vaut mieux les traiter avant l'opération intestinale si celle-ci n'est pas pressée.

Aérophagie. — Ce tic doit être ramené sous le contrôle de la volonté avant l'opération.

Les données qui précèdent concernent la préparation générale du malade. Il faut voir maintenant les soins qui s'adressent plus particulièrement à l'intestin et à la lésion dont il est atteint.

Préparation du tube digestif. — La mise en état de la denture, l'antisepsie du naso-pharynx, ont une grande importance. Pour diminuer la septicité de l'appareil digestif, le meilleur moyen est encore de régulariser le transit intestinal, en traitant les spasmes par la belladone et la jusquiame, les douleurs par le repos, l'enveloppement tiède, l'ésérine et en accélérant la traversée colique par la paraffine, les préparations de bile, les lavements d'huile, quelquefois par de grands lavages avec une simple infusion de camomille. Si l'on tient à employer des désinfectants de l'intestin, ce sont les ferments lactiques, le collargol ou l'urotropine qui semblent devoir être choisis.

Vaccins. Immunisation. — On a cherché à immuniser l'organisme contre les infections venues de l'intestin, à l'aide tantôt de stock-vaccins : Propidon de Delbet, vaccin de L. Bazy, entéro-vaccins Lumière, tantôt d'auto-vaccins comme le coli-soude de Mauté. Cette pratique n'est pas encore acceptée de tous, mais elle fait des progrès et donne déjà des résultats intéressants dans les complications chroniques des infections intestinales.

La *sérothérapie* peut être appelée à jouer son rôle aussi bien après qu'avant l'opération. Ce sont surtout les sérums anti-gangréneux de Leclainche et Vallée, de Weinberg, de Veillon, de Vincent et Stodel, etc. qui ont été employés dans les appendicites gangréneuses et les cancers coliques.

Alimentation. Evacuation intestinale. — L'inanition prépare le shock opératoire. Il faut donc nourrir les opérés jusqu'au jour de l'opération, de préférence avec des hydrocarbonés et des aliments sucrés. On peut même leur faire absorber un peu de liquide le matin de l'intervention. De même qu'on a abandonné la diète, on a abandonné la purgation préopératoire qui déprimait inutilement le malade et, irritant l'intestin, créait des conditions fâcheuses pour cette chirurgie spéciale.

Dans les états subinflammatoires, l'application de glace sur l'abdomen ou, chez le spasmodique, l'enveloppement tiède sont à conseiller dans les jours qui précèdent l'opération.

II. **Soins postopératoires.** — **Pansement.** — Certains chirurgiens l'ont complètement supprimé. En général, un pansement léger est utile et confortable. On y ajoute, pendant deux ou trois jours, une vessie de glace qui maintient l'intestin traumatisé au repos.

Position de l'opéré. — Il n'y a nulle nécessité à maintenir l'opéré dans le décubitus dorsal complet, sauf durant la période de réveil. Pour les appendicites aiguës, les colostomies droites et cœcostomies, le décubitus latéral droit convient particulièrement.

Vomissements. — Moins fréquents qu'autrefois, ils peuvent être encore dans quelques cas fort gênants. Les causes en sont complexes et la thérapeutique incertaine. On emploie selon les cas le sérum glucosé, l'adrénaline, l'atropine, les boissons alcalines, le bismuth, la craie, etc. Parfois l'ingestion d'une bouillie épaisse donne un soulagement au malade, mais le meilleur traitement dans les cas graves est le lavage gastrique.

Les calmants. — Quand la morphine ou ses succédanés sont mal supportés, on peut recourir aux suppositoires de belladone, opium et pyramidon, aux lavements de valériane et bromure.

Les stimulants. — Déjà au cours de l'opération, quand l'état de l'opéré est précaire, il est bon de faire une injection sous-cutanée de sérum chaud. Après toutes les interventions longues et shockantes, l'emploi du sérum glucosé, de l'huile camphrée, de l'adrénaline est indiqué. On pourra utiliser l'irrigation intrarectale au goutte à goutte de Murphy toutes les fois que l'opération n'aura pas intéressé les côlons gauches. Le rapporteur indique comme procédé dont il a obtenu de très heureux effets l'injection intraveineuse de sérum hyperglucosé à 300 grammes de glucose par litre, la dose injectée de ce sérum ne devant pas dépasser 150 centimètres cubes.

Alimentation. — La date de la reprise de l'alimentation ne peut être fixée d'une manière absolue. De toute façon, il faut donner à boire à l'opéré de très bonne heure et de l'eau alca-

© BIU Santé

line ou de l'eau pure. Quelquefois même des potages épais et des purées sont mieux tolérées que les liquides pris à doses minimes et répétées.

Entérocolite aiguë post-opératoire. — C'est cet état de ballonnement douloureux qui, après les grandes interventions abdominales, commence le second jour, dure une journée, parfois plus, et cesse après l'évacuation des gaz. L'entérocolite succède à la gastrite anesthésique. Elle a, pour origine, les troubles fonctionnels de l'estomac et du foie, l'intoxication générale et le traumatisme opératoire. Elle provoque le réflexe aérophagique.

L'estomac et l'intestin sont distendus par les gaz jusqu'à ce que le péristaltisme normal se soit rétabli. Cette distension ne peut guère mettre en danger des sutures techniquement correctes. Cependant, dans le cas d'anastomose iléo-sigmoïdienne, il est bon d'employer la précaution indiquée par Lane qui consiste à faire pénétrer par voie rectale jusqu'au dessus de l'anastomose un tube de calibre et de rigidité appropriée.

On a traité l'entéro-colite par la morphine, la belladone ; la pilocarpine est plus indiquée. Le rapporteur donne de l'eau alcaline en boissons abondantes. Dans certains cas, le lavement d'huile, l'enveloppement moite et chaud sont utiles.

Dilatation aiguë postopératoire. — Cet accident se produit quand les gaz qui distendent l'estomac ne peuvent ni s'évacuer par le cardia vers la bouche, ni progresser dans l'intestin par suite d'un obstacle pylorique ou plus souvent duodénal. Le traitement consiste à placer le malade en position genu-pectorale ou mieux à laver l'estomac avec le tube de Faucher.

La *rétention d'urine* complète ou incomplète doit être reconnue et surveillée chez des malades particulièrement exposés à l'infection colibacillaire. Le *lever des opérés* ne doit pas avoir lieu aussi tôt pour les opérés de l'intestin que pour ceux de l'estomac et il ne sera permis que si aucun symptôme ne peut faire redouter une phlébite.

III. Choix d'un anesthésique. — Trois considérations doivent déterminer ce choix : la sécurité de l'opéré, son confort, la commodité technique pour l'opérateur. L'accord est loin d'être fait encore sur le procédé qui remplit le mieux ces conditions en chirurgie intestinale. Toutes les méthodes d'anesthésie seront donc passées en revue.

A. **Narcoses par inhalation.** — 1° CHLOROFORME. — Le rapporteur décrit longuement les avantages et les inconvénients connus du chloroforme. En ce qui regarde l'emploi de cet anesthésique dans la chirurgie intestinale, voici ce qu'il faut surtout retenir :

Le chloroforme donne une respiration régulière, sans ampleur exagérée et peu de saignement. Mais le risque des syncopes qu'il détermine parfois est peut-être plus grand en chirurgie intestinale, chez des sujets abattus, anémiés en état d'occlusion ou de réaction péritonéale, qui sont souvent d'autre part des émotifs, vagotoniques, hypotendus et aérophages. En outre parmi les lésions viscérales que crée le chloroforme celles du rein et celles du foie sont particulièrement fâcheuses portant sur des organes prédisposés à s'infecter (la néphrite toxique prépare la néphrite à colibacilles) ou déjà touchés (on sait la fréquence de l'atteinte hépatique dans les affections de l'intestin).

En somme, la chloroformisation n'a guère ici d'indications. On ne peut l'employer que pour des opérations courtes chez des sujets ayant encore un bon état général et à la condition que l'anesthésie, précédée par une injection préparante, soit bien conduite par un anesthésiste expérimenté.

2° ETHER. — Cet anesthésique quoique, lui aussi, toxique pour les viscères, l'est cependant beaucoup moins que le chloroforme, en particulier pour le foie. Mais il a contre lui les accidents pulmonaires qu'il peut déterminer. En réalité ces accidents sont beaucoup plus rares avec les appareils à éthérisation moderne comme ceux d'Ombrédanne et de Rolland. Quant à l'incommodité pour l'opérateur, qui résulte de l'amplitude des mouvements respiratoires, elle diminue ou disparaît si l'on emploie un appareil qui combine au « rebreathing » l'apport d'une certaine quantité d'oxygène ou encore l'insufflation trachéale.

L'éther bien administré convient donc parfaitement à la chirurgie intestinale en général sauf pour les sujets apparemment menacés de complications respiratoires.

3° Le PROTOXYDE D'AZOTE a des inconvénients, il faut pour l'administrer avec sécurité un outillage très perfectionné et la technique de l'anesthésie est délicate. Mais c'est le mode de narcose idéal chez les sujets épuisés ; on doit y recourir, en chirurgie intestinale, chez les malades en état précaire, chez ceux qui ont le foie et les reins en mauvais état, chez les diabétiques et aussi quand on est dans l'obligation de pratiquer plusieurs opérations successives.

4° Le CHLORURE D'ÉTHYLE est peu toxique et convient à certaines opérations intestinales de courte durée.

5° Divers MÉLANGES anesthésiques ont été employés. Celui de Schleich donne d'excellents résultats mais ne saurait être préféré à l'éther si l'état général ou le foie sont déficients.

B. **Narcoses par injection.** — 1° RACHI-ANESTHÉSIE. — Les avantages et les inconvénients de cette méthode en chirurgie générales ont été maintes fois débattus. Dans la chirurgie de l'intestin, on peut dire que la rachi-anesthésie est techniquement très commode pour une grande intervention mais elle est dangereuse chez les malades atteints de troubles bulbaires aigus ou chroniques, chez les hypotendus, dans les cas d'urgence avec état général précaire et elle est inutile dans les interventions courtes et faciles auxquelles conviennent mieux d'autres modes d'anesthésie. C'est dans les interventions longues, difficiles, chez les malades ayant un état général assez bon que la rachi-anesthésie pourra être choisie en l'entourant de toutes les précautions nécessaires.

2° ANESTHÉSIE RÉGIONALE. — L'*anesthésie paravertébrale* qui atteint les troncs nerveux à leur sortie des trous de conjugaison est incommode, en raison du grand nombre de piqûres nécessaires, s'il faut anesthésier tout l'abdomen. Mais elle peut être utilisée dans les interventions par voie latérale et d'étendue limitée, celles qui s'attaquent par exemple à une tuberculose cæcale ou à un cancer au début.

L'*anesthésie splanchnique*, après anesthésie pariétale, peut être réalisée soit par l'infiltration directe des mésos, soit par l'anesthésie des nerfs splanchniques atteints, à travers la paroi lombaire, dans la région cœliaque latérale. Cette méthode qui n'offre à peu près aucun danger mais présente une certaine difficulté technique est capable de rendre des services en chirurgie intestinale quand l'anesthésie générale est contre-indiquée et qu'on ne veut pas faire une rachi-anesthésie pour une intervention de quelque durée.

3° L'ANESTHÉSIE LOCALE peut rendre de grands services dans la chirurgie de l'intestin, soit seule dans des interventions courtes et simples, cæco ou colo-tomie, extériorisation d'une tumeur, etc., soit, s'il s'agit d'une intervention plus importante chez un malade ayant un état général précaire, aidée d'un narcotique comme la scopolamine-morphine, le somnifène, ou encore combinée à une courte anesthésie générale par inhalation. Cette dernière méthode d'*anesthésie mixte* par anesthésie locale complétée par l'anesthésie générale réalise dans ses grandes lignes le schéma d'*anoci-association* proposé par Crile.

Pour conclure, il faut dire qu'aucun anesthésique n'est parfait et qu'on ne peut prétendre à toujours utiliser le même procédé d'anesthésie. Il faut connaître et employer, selon les cas, tous ceux qui ont fait leurs preuves. C'est pour cela que la chirurgie a besoin d'anesthésistes de carrière se tenant au courant des diverses techniques et pourvus du meilleur outillage.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1924

Les facteurs de propagation des maladies infectieuses chez les musulmans. — ***M. Dinguizli*** signale comme principales sources de propagation les lieux de réunion en commun ; le bain maure, la boutique du barbier arabe, le café maure, les écoles coraniques.

L'usage successif par plusieurs personnes du linge qui n'est, au surplus, que superficiellement lavé, est un fait habituel dans les bains maures. L'eau y est souillée par le bain qu'y prennent avec les sujets sains les malades porteurs ou non de plaies.

Les marchands de friandises, dont la marchandise n'est protégée ni contre les poussières, ni contre les mouches, contribuent à la contamination des enfants.

L'auteur insiste aussi sur le rôle du narghilet dont le serpentin passe de bouche en bouche sans que la moindre précaution soit prise. De plus la circoncision est souvent pratiquée par le barbier qui utilise des instruments primitifs et malpropres.

En somme, la promiscuité et le manque de soins semblent être les causes fondamentales de propagation des maladies contagieuses chez les musulmans de l'Afrique du Nord.

Bilans azotés montrant la supériorité des graisses sur les hydrates de carbone dans l'utilisation des protéines alimentaires. — ***MM. Maignon et Jung.*** — Les expériences sur le rat blanc avec des précisions nouvelles confirment les résultats publiés par Maignon en 1918 relativement à la supériorité des graisses sur les hydrates de carbone dans l'utilisation des protéines alimentaires d'où l'auteur a dégagé la notion du minimum de graisses nécessaire à l'utilisation économique et non toxique de l'albumine. Dans les expériences actuelles, le bilan azoté s'est toujours montré positif chez le rat nourri d'ovalbumine-graisse, tandis qu'il a été négatif avec la ration ovalbumine-amidon.

Le procédé de la « suraération » pour la conservation en un milieu salubre de l'huître vivante. — ***M. F. Barbary*** expose le résultat d'un contrôle scientifique en vue de déterminer la valeur de ce procédé dans la protection de la santé publique.

Le principe de la méthode de suraération est dû à M. Gineste de Bordeaux. Un bassin de suraération est constitué par un réservoir à parois étanches d'une hauteur d'un mètre, à largeur variable. Le fond du réservoir est recouvert d'une couche de sable marin quelconque non lavé, mais propre.

Les caisses à huîtres, placées sur des claies, sont disposées à une dizaine de centimètres tout au plus au-dessous de l'eau. Disposition qui a pour but de réaliser dans les meilleures conditions le brassage aéro-marin continu.

Les conduites d'arrivée de l'air sous pression continue aboutissent à mi-hauteur du liquide et injectent l'air à ce niveau par une série d'orifices.

La zone supérieure à ces orifices dans laquelle est placé le mollusque, est la zone de suroxydation ou zone active. La partie située au-dessous, jusqu'au sable, est la zone de repos relatif, celle où se fait la précipitation chimique des produits suroxydés. Elle permet aux éléments carburés d'effectuer une sédimentation lente dans le sable placé au-dessous.

Les résultats s'appuyant sur des données rigoureuses, permettent de déclarer que la suraération réalise une auto-épuration intense et rapide. Cette auto-épuration serait sous la dépendance de deux facteurs : oxydation et décantation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 octobre 1924

Curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique. — ***M. Sézary,*** pour terminer la discussion qu'il a ouverte sur ce sujet, rappelle d'abord que, contrairement à l'opinion de M. Renaud, l'hémiplégie par artérite syphilitique existe et que son existence est prouvée par des faits histologiques et microbiologiques. D'autre part, il n'est pas douteux qu'un certain nombre de cas d'hémiplégie syphilitique sont rapidement et totalement guéris par un traitement spécifique précoce et intensif. Si d'autres cas ont résisté, on peut se demander, par analogie avec les constatations faites par les ophtalmologistes à propos de la thrombose de l'artère centrale de la rétine, si la lésion vasculaire, avant d'être oblitérante, ne provoque pas un spasme et si ce n'est pas à ce stade seul, précurseur de la thrombose, que l'affection est accessible au traitement. Quoi qu'il en soit, M. Sézary s'élève contre le scepticisme de M. Renaud et conclut que le devoir du médecin est d'instituer un traitement spécifique suffisant dans tous les cas récents d'hémiplégie par artérite syphilitique.

M. ***Comby*** partage l'opinion de Monsieur Sézary et cite deux cas de guérison après traitement mercuriel.

Abcès du poumon guéri par l'émétine. — MM. ***Brulé*** et ***Hillemand*** ont observé, en octobre 1923, un cas analogue à celui qui vient d'être publié par MM. P. Emile-Weil et Lamy. Un jeune homme est pris brusquement d'un point de côté intense avec fièvre élevée ; 36 heures après il fait une vomique et la radioscopie décèle un abcès de la base du poumon droit indépendant du foie. L'état général est très grave, la température à 40°.

Soupçonnant l'amibiase primitive du poumon on pratique une injection de 0,08 centigrammes d'émétine et le soir même la température est tombée à 37°.

Six injections d'émétine amènent une guérison rapide et complète.

Cependant l'enquête poursuivie au point de vue de l'amibiase est restée absolument négative. C'est donc systématiquement qu'il faut avoir recours au traitement par l'émétine, en présence d'un abcès primitif du poumon de nature indéterminée.

M. ***Weil*** considère qu'il faut toujours faire le traitement d'épreuve par l'émétine dans tout abcès du poumon.

A propos de la communication de MM. Flandin et Tzanck. La transfusion du sang arsénobenzolé dans les grandes hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. — M. ***P. Emile-Weil*** rapporte un cas de fièvre typhoïde grave, au cours duquel il pratiqua pour une hémorragie intestinale importante une transfusion citratée de 120 cc., qui fut suffisante pour arrêter la perte sanguine et empêcher sa reproduction. On ne saurait trop recommander cette intervention toujours utile et inoffensive.

Mais l'auteur, qui pratique par principe la stabilisation du sang, ne voit aucune raison pour adopter les arsénobenzols, quand le citrate de soude lui a donné toute satisfaction. Il se base sur une pratique de plus de 500 transfusions personnelles et sur celles de nombreux médecins qui ont publié des milliers de transfusions faites d'après les travaux de Hustin, Agote, Jeanbrau et Hédon.

M. ***Flandin*** n'a pas eu l'intention de critiquer la transfusion du sang citraté mais il considère d'après des recherches expérimentales que les arsénobenzènes ne sont pas plus toxiques que le citrate de soude à la dose employée en pareil cas. La dilution du sang est d'ailleurs moindre et il suffit en général de 3 à 6 centigr. d'arsénobenzol.

Echec d'une vaccination non spécifique dans le syndrome Parkinsonnien post-encéphalitique. — M. ***Maurice Renaud*** a essayé de modifier l'évolution du syndrome Parkinsonnien en provoquant la stimulation des moyens de défense que l'organisme met en œuvre pour dans les processus d'immunisation. Fidèle

© BIU Santé

au vaccin typhique qui lui paraît le meilleur agent de vaccination non spécifique, il a fait à 10 parkinsonniens de son service une série d'injections hebdomadaires de vaccin T. A. B La vaccination a eu ses conséquences habituelles, mais son influence sur le syndrome, tant au point de vue de l'état général que des troubles nerveux, a été nulle.

M. *Sicard* n'a jamais obtenu que des améliorations passagères par toutes les tentatives employées de vaccination même avec le vaccin de Levaditi.

Le sujet allergique immunisé. Valeur de l'anatoxi-réaction au cours d'une enquête épidémiologique. — *Chr. Zœller* précise les rapports qui existent entre la réaction allergique et l'immunité au cours de l'immunisation antidiphtérique. La réaction de Schick et l'anatoxi-réaction permettent de définir quatre groupes de sujets : le sujet neuf, le sujet réceptif allergique, le sujet immunisé allergique, le sujet immunisé non allergique.

Il étudie la disparition de l'hypersensibilité protéinique chez les sujets immunisés du groupe IV ; chez ces sujets il est possible, cinq fois sur six, de faire réapparaître la réaction allergique par une simple inoculation sous-cutanée d'anatoxine ; huit jours après cette inoculation ces sujets immunisés présentent à nouveau une anatoxi-réaction positive.

Chez le porteur de germe *réceptif* l'hypersensibilité protéinique est déclanchée et entretenue par un conflit occulte entre le microbe et le sujet qui l'hébergie ; l'allergie diphtérique s'entretient du dehors comme l'allergie tuberculinique s'entretient du dedans.

Chez le porteur de germes *immunisé*, cette hypersensibilité tend à disparaître peu à peu ; l'immunité acquise ne lui laisse plus l'occasion d'entretenir par sa voie naturelle la réaction allergique.

Au cours d'une enquête épidémiologique, l'auteur pense avoir trouvé une nouvelle confirmation de la théorie de l'allergie diphtérique.

Plus l'atteinte épidémique est marquée, plus le nombre de sujets neufs (groupe I) diminue et plus les sujets allergiques (groupe II + groupe III) sont nombreux. Dans une atteinte récente, c'est le groupe II qui est le plus dense ; dans une atteinte moins récente c'est le groupe III qui se montre le plus riche.

Enfin, à toute poussée épidémique, manifestée par des atteintes morbides cliniques, correspond une poussée d'immunisation occulte, que matérialisent la réaction de Schick et l'anatoxi-réaction.

Radio-diagnostic lipiodolé de la thrombose artérielle. — *MM. Sicard, De Gennes et Coste* présentent des images radiographiques qui démontrent la possibilité de localiser une oblitération artérielle à l'aide de lipiodol.

La technique est simple. Elle consiste à injecter très en amont de la thrombose, et directement en plein vaisseau artériel un à deux centimètres cubes de lipiodol à l'aide d'une aiguille ordinaire de ponction. L'arrêt de la substance iodée opaque dessine le niveau supérieur du caillot thrombosique, donnant ainsi au chirurgien des indications remarquables de précision pour l'acte opératoire, embolectomie ou amputation. Ce procédé n'est pas dangereux.

Le lipiodol injecté en petite quantité dans les vaisseaux, en dehors même de tout processus oblitérant, est parfaitement supporté tant au point de vue local que général. L'huile iodée, expérimentalement sous le contrôle radioscopique, gagne rapidement la grande circulation au travers des capillaires périphériques après injection artérielle, au travers des capillaires pulmonaires après injection veineuse, et cela sans incidents. (Sicard et Forestier).

M. Sézary pense que les injections intra-veineuses de lipiodol répétées peuvent déterminer de graves complications notamment des foyers broncho-pneumoniques aseptiques.

M. Rathery n'a jamais observé d'accidents par des injections chez le chien.

M. Milian rappelle 3 cas de mort par des injections intraveineuses d'huile camphrée.

M. Sicard signale l'importance de l'huile employée. Avec des préparations à base d'huile d'œillette, on n'observe jamais d'accidents.

M. Caussade considère qu'il faut utiliser des huiles bien purifiées.

Emploi d'un lait desséché non écrémé dans l'alimentation du nourrisson. — *M. Variot* a employé un lait desséché intégral chez un certain nombre de nourrissons. Il n'a jamais observé de scorbut. Il existe seulement des érythèmes cutanés, urticants papuleux.

MM. Ribadeau-Dumas et Guinon emploient fréquemment un lait sec non écrémé et n'ont jamais constaté d'accidents.

Rôle de l'oblitération incomplète et du spasme dans la pathogénie de certaines hémiplégies. — *MM. Foix et Hillemand* à propos de la communication récente de MM. Sézary et Benda, et des faits analogues rapportés par M. Milian sur la curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique apportent trois cas anatomo-cliniques de ramollissement par oblitération incomplète de l'artère nourricière du territoire ramolli. Il semble nécessaire de faire intervenir le spasme pour expliquer en pareil cas l'ictus hémiplégique. D'autres faits relèvent cependant avec vraisemblance de l'hypertension passagère comme l'a invoqué M. Clovis Vincent.

Déviation inverse de la tête et des yeux. — *MM. Ch. Foix et P. Hillemand* rapportent trois cas de coma hémiplégique avec contracture précoce.

Les auteurs ont observé une déviation inverse de la tête et des yeux. La tête regardant les membres paralysés et les yeux la lésion.

Dans deux cas, il s'agissait d'une hémorragie, dans le troisième d'un ramollissement, la lésion frappant à la fois le centre ovale et les radiations optiques.

Pour expliquer d'une manière vraisemblable ce phénomène il faut considérer la déviation de la tête comme faisant partie de la contracture précoce, la déviation des yeux comme conditionnée par l'hémianopsie, conformément à l'opinion de M. Dufour et de M. Bard.

Présentation d'un acidimètre clinique. — *MM. P. Weill, Lévy-Darras et Guillaumin* présentent un acidimètre clinique destiné à mesurer l'acidité de l'urine. Cet appareil se compose d'un tableau de 8 teintes étalons, d'un réactif et d'un petit chromoscope.

Prix de la Société médicale des hôpitaux. — 1° prix Gingeot (1.500 fr.) Sujet : *Les ictères épidémiques.*

Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1925 ; le prix sera attribué à la fin de décembre 1925.

2e Prix Paul Le Gendre (1.000 fr.) Sujet : *Le service social de l'Hôpital, résumer les œuvres qui le constitueront en 1925 et proposer les améliorations désirables.*

Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12 rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1926 ; le prix sera attribué à la fin de décembre 1926.

René Giroux.

© BIU Santé

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



La boite pour une semaine environ.

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque
"SPHINX"
et la dénomination
"LACTAGOL"

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis,** *près* **Paris**
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Marque déposée

ANTIACIDE & LAXATIF

Cette préparation possède, sous une forme liquide et assimilable, toutes les propriétés de la magnésie solide, sans en présenter aucun des inconvénients.

Sa fluidité, sa parfaite hydration, son affinité pour les acides, assurent une solubilité parfaite dans les sucs de l'estomac.

Elle est agréable à prendre et son usage prolongé ne donne jamais lieu à des signes d'intolérance.

Envoi d'Échantillon sur demande au Dépôt Général

PHARMACIE ANGLAISE DES CHAMPS-ÉLYSÉES
62, avenue des Champs-Elysées
PARIS (VIIIe)

Téléphone : Elysées **22-52**

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE GASTRITES AIGUËS & CHRONIQUES, ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Granulé contenant 15 % de sucre, agréablement aromatisé
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

Formule très complète (pansement gastrique associé à médication antispasmodique et décongestive) **répondant parfaitement aux trois indications :**

1° **Calmer la douleur.**
2° **Régulariser la sécrétion.**
3° **Rétablir la motilité normale.**

Littérature et échantillons : **BERTHIOT et Cie, Pharmaciens de 1re classe**
1, Boulevard Henri-IV, à PARIS (4e) — R. C. Seine 65.463

© BIU Santé

MEDECINE PRATIQUE

Le pansement mixte

Il devra toujours remplacer le pansement humide.

Combinaison du pansement gras et du pansement humide, il a sur le premier, le gros avantage de ne pas irriter certaines lésions, sur le second celui de ne pas faire macérer les téguments.

INDICATIONS :

1° Les eczémas enflammés, avec œdème, suintement, prurit.

2° Les eczémas infectés et les eczémas variqueux.

3° Les ulcères variqueux enflammés, et en général toutes les lésions des téguments irritées, enflammées ou infectées.

TECHNIQUE :

1° Etendre sur les lésions, une couche épaisse de pommade *Inotyol*.

2° Recouvrir la pommade, de 4 épaisseurs de gaze imprégnée d'eau bouillie, ou mieux de décoction de camomille boratée (10 têtes de camomille, 1 cuillerée à café de borate de soude pour 1 bol d'eau bouillie).

3° Recouvrir le tout directement d'une feuille de taffetas chiffon.

Une bande de gaze ou de crêpe maintient le pansement, sans interposition de coton.

RÉSULTATS :

Les phénomènes inflammatoires disparaissent avec une étonnante rapidité. Dans les cas d'ulcères variqueux siégeant sur un membre œdématié présentant de la périphlébite, le pansement mixte appliqué le soir, donne, dès le lendemain matin, des résultats importants : l'œdème a diminué de façon sensible, les cordons veineux sont beaucoup moins douloureux, l'ulcère lui-même commence à se déterger.

Dans les eczémas enflammés, le pansement gras augmente souvent le prurit ; le pansement mixte amène une sédation, et du prurit, et des phénomènes inflammatoires.

Dans les eczémas infectés, loin d'essaimer l'affection, le pansement mixte à l'*Inotyol* localise le processus infectieux, qui s'améliore avec rapidité.

Les eczémas variqueux s'accompagnant souvent de dermites importantes, sont eux aussi améliorés et guéris par ce pansement.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des sciences en France. — Une question se pose devant tout esprit : quelle est la part de la science dans cette œuvre qui est l'œuvre même de l'humanité. Cette part est considérable, car la science, surtout depuis le début du dix-neuvième siècle, a, par ses applications diverses, bouleversé le monde, transformé les mœurs, multiplié les moyens d'action de l'homme et la puissance des nations qui ont introduit dans leur vie sociale et économique les découvertes de tous ordres.

Cet état de connaissances scientifiques ne s'est pas instauré tout d'un coup. Rechercher les origines du mouvement scientifique, suivre son développement, analyser et exposer ce qu'il est aujourd'hui, en un mot faire comprendre la civilisation moderne issue du mouvement scientifique est maintenant une nécessité indiscutable ; cet ordre de connaissances importe au plus haut point à la formation intellectuelle des générations futures. C'est pour répondre à ce besoin que M. Gabriel Hanotaux a réservé une place particulière à l'Histoire des sciences dans l'Histoire de la Nation française Les deux volumes qui y sont consacrés se répartissent comme il suit

Première partie, avec une introduction par M. Emile Picard, de l'Académie des sciences : Histoire des mathématiques, de la méca-

(*Voir la suite page* 1002.)

VACCINS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode – Procédé RANQUE et SENEZ

Vaccin Anti-Staphylococcique I. O. D.
Traitement des affections dues au staphylocoque

Vaccin Pneumo-Strepto I. O. D.
Prévention et traitement des complications de la Grippe, des Fièvres éruptives, de la Pneumonie

Vaccins Anti-Typhoïdiques I. O. D.
Prévention et traitement de la F. Thyphoïde

Vaccin Anti-Streptococcique I. O. D.
Prévention de l'infection puerpérale, traitement des affections dues au streptocoque

Vaccins Polyvalents I. O. D.
Traitement des suppurations

VACCIN ANTI-MÉNINGOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-GONOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-MÉLITOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-DYSENTÉRIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-CHOLÉRIQUE I. O. D.

Pour Littérature et Échantillons :
Laboratoire Médical de Biologie
16, rue Dragon
MARSEILLE
R. C. Marseille 15.598-9

DÉPOSITAIRES :
Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris
HAMELIN, Pharmacien, 34, Rue Michelet, Alger.
J. CAMBE, 10, rue d'Angleterre, Tunis.
BONNET, 20, rue de la Drôme, Casablanca, Maroc.

RECALCIFICATION
TUBERCULOSE
RACHITISME
CROISSANCE
DENTITION
DIABÈTE

BIOCALCOSE
GRANULÉ organo-calcique

DOSES par jour
Enfants : 2 cuillerées à café
Adultes : 3 cuillerées à café

Labor^es Chevretin-Lematte, 5, r. Ballu, Paris
L. Lematte, Docteur en pharmacie, Succ^r
Registre du Commerce, Seine, N° 3576.

© BIU Santé

ragies des fibromes seront avec plein succès traitées par elle. Nous rappellerons comme exemple le cas d'une jeune femme qui depuis fort longtemps avait des ménorragies abondantes, très pénibles, durant deux ou trois semaines, sans lésion apparente d'un utérus petit et mobile. Au début d'une des périodes des règles fut pratiquée une injection de citrate. L'écoulement sanguin cessa complètement pendant 24 heures, se reproduisit pendant deux jours puis cessa complètement. Un mois plus tard, la malade vint se plaindre que ses règles ne fussent point apparues.

La médication citratée est donc efficace dans les cas les plus variés. Ses propriétés hémostatiques sont évidentes, son action est *immédiate, sûre et durable*. Cependant le mécanisme de son action reste des plus obscurs. Si on peut accepter que le citrate agit sur la composition du sang lui-même et augmente sa coagulabilité, peut-être en raison de la multiplication des plaquettes observée au cours des expériences chez les animaux par les auteurs américains (1), ou d'une excitation des organes hémo-poïétiques (2), l'explication ne vaudrait que pour le cas où l'hémorragie est conditionnée par une altération de la crase sanguine. On ne saurait d'ailleurs comprendre qu'une action exercée sur le système hémo-poiétique et nécessitant une surproduction d'hématoblastes fut suivie d'un résultat presque immédiat. Mais dans la plupart des cas où nous avons observé l'arrêt des hémorragies, celles-ci étaient absolument accidentelles et de cause locale. Aucune modification de sang n'en empêchait la facile coagulation.

Il faut bien reconnaître que les facteurs dont dépendent l'arrêt des hémorragies sont fort complexes. Ceux que l'étude de la coagulation *in vitro* a fait connaître aux physiologistes, pour importants qu'ils soient, ne sont pas les seuls dont il faut se soucier quand on veut pénétrer le mécanisme par lequel prend fin un écoulement accidentel du sang hors des vaisseaux. Chez les individus indemnes de toute altération de la crase sanguine, l'abondance de l'écoulement du sang et sa durée semblent avant tout fonction de la béance et de la réplétion des vaisseaux.

L'observation montrant qu'après l'injection de citrate de soude on ne voit apparaître aucune modification importante de la morphologie du sang ni des propriétés du plasma, et que d'autre part on ne peut déceler aucun changement des conditions de la circulation dans les gros vaisseaux (en dehors des légers écarts de tension qui se produisent au moment de l'injection et qui sont très passagers) on est réduit aux hypothèses. Il faut cependant bien accepter que le débit et l'arrêt des hémorragies sont réglés par autre chose que les propriétés du plasma et la tension dans les vaisseaux de gros et de moyen calibre. Les phénomènes de mécanique circulatoire qui se passent dans les petits vaisseaux et les capillaires doivent être mis au premier plan de l'étude des hémorragies en nappe qui se produisent dans les tissus altérés.

Il n'y a pas d'hémorragie sans stase sanguine.

Celle-ci est un des éléments de l'inflammation. Aussi les hémorragies accidentelles sont-elles incomparablement plus abondantes dans les tissus enflammés que dans les tissus sains. En dehors des hémorragies provoquées par traumatisme, les hémorragies se produisent toujours dans des tissus enflammés puisqu'elles compliquent des ulcérations. La congestion et la béance des vaisseaux sont entretenues par des irritations locales. On peut penser que c'est sur cette irritation locale qu'agit le citrate de soude, soit en atténuant l'excitabilité des rameaux nerveux, soit en neutralisant des produits irritants d'origine toxique.

Il faut en tout cas tenir le plus grand compte des troubles constants quoique d'importance variable qui surviennent après l'injection des fortes doses de citrate aussi bien par voie intramusculaire que par voie intra-veineuse, qui témoignent d'un ébranlement de tout le système sympathique et appartiennent à la série des phénomènes qu'on qualifie de phénomènes de choc. Sensation d'angoisse et de malaise, pâleur de la face, accélération et diminution du pouls, céphalée, élévation thermique passagère. Ce syndrome de choc, généralement assez fruste et que peut atténuer encore l'administration concomitante d'une médication toni-cardiaque (spartéine, quinidine) n'a jamais un caractère de gravité. Il est cependant constant. Il nous est arrivé de le voir suivre, comme peuvent être tant d'autres chocs sans caractères spécifiques, de la cédation brusque d'un état infectieux. Il est peut-être la rançon de l'efficacité de la médication.

On peut donc accepter comme hypothèse d'attente que l'influence du citrate de soude sur les vaisseaux de la périphérie s'exerce par l'intermédiaire du système vaso-moteur. La participation du sympathique est manifeste immédiatement après l'injection à la phase de choc, qui est d'observation courante, et cette action sur les nerfs vaso-moteurs de la périphérie peut être envisagée comme le point commun des faits si disparates en apparence que nous avons étudiés. Si en effet ce sont les nerfs vaso-moteurs qui semblent être influencés quand le citrate arrête une hémorragie, les phénomènes qu'atténue le citrate au cours des gangrènes, mis à part le syndrome infectieux que le choc peut parfaitement influencer, sont tous des phénomènes qu'il est classique de rapporter à des spasmes provoqués par l'irritation des vaso-moteurs.

Ainsi le citrate de soude paraît être un médicament agissant sur les plexus nerveux, vaso-moteurs des petits vaisseaux et des capillaires sans qu'on puisse dire encore si son injection agit en raison de la rupture d'équilibre qu'elle provoque dans les humeurs, ou en raison d'une propriété vraiment spécifique tenant à la structure particulière du sel.

(1) Rosenthal et Baer. — *Archiv. of. international Medicin*, 15 mai 1924.
(2) Normet — *Académie de Médecine*, décembre 1925.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tumeurs malignes des mâchoires.

Conférence faite à l'Ecole de Stomatologie le 8 juillet 1924

par le Professeur agrégé **LEMAITRE**
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis (1)

Nous avons passé en revue dans les précédentes conférences les différentes variétés de tumeurs malignes des mâchoires.

Ils nous reste à étudier les moyens de défense que nous possédons contre elles.

Ces moyens peuvent se ranger en trois grands groupes :

1° les moyens *chirurgicaux* ;

2° les moyens *prothétiques* ;

(1) Cette conférence a été recueillie par le Docteur Camille Dujarier interne du service.

© BIU Santé

3° les moyens *physiques* : plus particulièrement les *rayons X* et le *radium*.

Nous laisserons volontairement de côté les *moyens chimiques*, actuellement inutilisés, et les *moyens biologiques*, encore à l'étude (sérothérapie de Rubens-Duval).

I) MOYENS DE DÉFENSE CHIRURGICAUX :

Parmi eux se rangent :

1° les *résections typiques* ;
2° les *résections atypiques larges* ;
3° les *exérèses conservatrices* ;

Nous y adjoindrons :

4° les *interventions cervicales* portant :
a) soit sur les *ganglions* ;
b) soit sur les *vaisseaux* ;
5° les *autoplasties* ;

A) RÉSECTIONS TYPIQUES :

Les résections typiques du *maxillaire supérieur* et même du *maxillaire inférieur* sont, en fait, beaucoup plus du domaine de la médecine opératoire que de la chirurgie proprement dite.

Il est évident, en effet, que les tumeurs ne se cantonnent pas exclusivement au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur : dès lors la résection typique de l'un de ces os est insuffisante. Par ailleurs ces tumeurs n'intéressent qu'une partie du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur : la résection typique de l'un de ces os est donc dans ces cas beaucoup trop large. Pourquoi, par exemple, dans un cancer du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, se résoudrait-on à enlever non seulement la partie malade, mais aussi la partie haute, la « superstructure » (pour employer l'expression de Sebileau) du maxillaire supérieur ?

En fait, la résection typique est illogique : elle est tantôt insuffisante, et tantôt trop étendue. Elle est donc à rejeter.

B) RÉSECTIONS ATYPIQUES LARGES :

Elles consistent à réséquer largement, à ciel ouvert, toutes les parties malades. L'étendue de l'exérèse n'est pas limitée d'avance : cette exérèse se fait (pour employer une autre expression de Sebileau) « *à la demande des lésions* ».

A ce point de vue, une grave question se pose :

Y a t il, du fait de l'intervention, essaimage des cellules cancéreuses ? Cet essaimage, quoique non prouvé, semble néanmoins très possible. D'où le principe d'enlever la tumeur après l'avoir isolée des parties avoisinantes, saines en apparence. Toutes les compresses, tous les instruments ayant été en contact avec la tumeur, doivent être immédiatement rejetés.

D'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, une ou deux séances de roëntgenthérapie avant l'intervention diminuent *peut-être* les chances d'essaimage au cours de cette dernière.

COMMENT SE FONT CES RÉSECTIONS ATYPIQUES LARGES ?

a) ANESTHÉSIE : Elle sera :

loco-régionale si la tumeur est assez bien limitée.

générale si la tumeur est au contraire à cheval sur plusieurs territoires nerveux. Dans ce cas, on utilisera la *pipe de Delbet*.

b) INTERVENTION PROPREMENT DITE :

L'ancienne opération par les voies naturelles complétée par *l'incision de Jæger* (incision horizontale de la commissure labiale) semble devoir être abandonnée.

On pratique plutôt aujourd'hui la *rhinotomie para-latéro-nasale* complétée par *l'incision verticale de la lèvre supérieure*, qui permet le rejet de la joue en haut et en dehors et offre ainsi un large jour. C'est d'ailleurs une opération inoffensive, car, si l'on prend les précautions habituelles, jamais elle ne tue ni par shock ni par hémorragie.

C) EXÉRÈSES CONSERVATRICES :

Elles consistent, par les voies naturelles, à décortiquer la tumeur et à enlever les seules parties malades.

Elles sont particulièrement indiquées dans les petits sarcomes du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. On doit en effet s'appliquer à conserver le rebord basilaire, de façon à éviter la pseudarthrose, presque fatale si toute la hauteur du maxillaire inférieur était intéressée par l'exérèse.

D) INTERVENTIONS CERVICALES :

Elles se font :

a) soit SUR LES GANGLIONS. Ces interventions doivent être larges. Elles ne sont nullement dangereuses, à conditions qu'elles soient pratiquées indépendamment de l'intervention sur le maxillaire (sinon menaces de cellulite cervicale septique).

b) soit SUR LES VAISSEAUX.

Ligature préalable de la carotide externe, non seulement pour diminuer les hémorragies au cours même de l'intervention sanglante, mais aussi pour éviter les hémorragies par fonte des cellules néoplasiques au cours du traitement radiothérapique.

Cette ligature peut très bien se faire à l'anesthésie locale ; elle n'est alors nullement shockante. Comme sous l'anesthésie générale, on aura bien soin de lier la carotide externe elle-même, c'est-à-dire la branche de bifurcation de la carotide primitive *qui donne des branches*.

E) AUTOPLASTIES :

Rares autrefois, lorsque les moyens chirurgicaux étaient les seuls employés, elles sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis l'utilisation courante de la radiothérapie.

II) MOYENS DE DÉFENSE PROTHÉTIQUES :

Il faut distinguer trois sortes de prothèses :

1° la *prothèse pré-opératoire*, parfois indispensable. Tel est le cas d'un malade opéré à Vichy durant la guerre d'un épithélioma adamantin du maxillaire inférieur, et chez lequel on prévoyait la probabilité d'une fracture de cet os, au cours de l'intervention.

2° la *prothèse post-opératoire*. Elle varie nécessairement avec chaque cas, suivant qu'elle a pour but de lutter contre le trismus, de prévenir la formation de brides, de s'opposer à un enfoncement de la joue, etc.

3° la *prothèse définitive* : destinée à remplacer les larges brèches opératoires.

La prothèse peut, en outre, devenir l'auxiliaire de la curiethérapie en permettant l'application de tubes de radium.

III) MOYENS DE DÉFENSE PAR LES AGENTS PHYSIQUES : RAYONS X ET RADIUM.

Il importe tout d'abord de bien s'entendre sur la terminologie.

© BIU Santé

1°) *La curiethérapie* ou *radiumthérapie* désigne la thérapie par le radium.

2°) La *roëntgenthérapie* désigne la thérapie par les rayons X.

3°) La *Radiothérapie* désigne l'ensemble de la curiethérapie et de la roëntgenthérapie.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE RADIOTHÉRAPIE

A) MODE D'ACTION DES AGENTS RADIANTS :

On croyait autrefois que ces agents agissaient comme *caustiques* ou à la façon d'un bistouri.

Il n'en est rien.

On sait aujourd'hui qu'ils agissent d'une façon *élective* sur les cellules en voie de karyokinèse, d'où leur action plus particulière sur les cellules cancéreuses qui sont par essence des cellules essentiellement karyokinétiques.

Sans doute importerait-il de préciser la dose suffisante à laquelle les agents radiants produisent cette action.

B) ACTION EXCITANTE DE LA RADIOTHÉRAPIE.

Les radiations ne sont pas en effet seulement destructrices. A un degré moindre, elles excitent au contraire l'activité cellulaire.

Ceci n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre. Ne connaissons-nous pas la double action de la chaleur vis-à-vis des agents pathogènes : microbicide lorsqu'elle atteint un certain degré, elle favorise le développement des cultures microbiennes lorsqu'elle est à un degré inférieur (principe des étuves de laboratoire) ?

c) ACTION IMMUNISANTE DE LA RADIOTHÉRAPIE SUR LES CELLULES CANCÉREUSES :

Ces cellules voient en effet leur sensibilité aux rayons diminuer progressivement, au fur et à mesure que les applications de rayons se répètent. En se multipliant, elles donnent des cellules filles de plus en plus radiorésistantes.

Il en va tout différemment au contraire pour les cellules saines, qui, peu sensibles au début des applications de rayons, voient leur sensibilité augmenter progressivement, au fur et à mesure que ces applications se répètent.

D'où l'importance d'une *application relativement massive de rayons dès le début.*

1° UTILISATION DES RAYONS X :

Elle peut se faire à *titre curatif* ou à *titre palliatif.*

a) A TITRE CURATIF :

Seuls ou associés à une intervention chirurgicale.

Pré ou *post-opératoire.* Noter à ce propos que les chirurgiens généraux n'aiment pas la radiothérapie pré-opératoire qui, à leur avis, nuit à la cicatrisation ultérieure en diminuant la vitalité des tissus et leur puissance de défense.

Noter également que la radiothérapie est un « atout » qui ne peut être employé efficacement qu'une fois.

b) A TITRE PALLIATIF :

Contre les douleurs.

Contre les végétations cancéreuses trop exubérantes.

2° UTILISATION DU RADIUM :

Exceptionnellement à titre palliatif.

Presque uniquement à *titre curatif.*

3° UTILISATION SIMULTANÉE DES RAYONS X ET DU RADIUM.

Le radium a une *action locale* beaucoup plus marquée que les rayons X qui, par contre, ont une action plus étendue que le radium. D'où l'indication particulière des rayons X dans les cas d'adénopathie cancéreuse.

Après ce court aperçu d'ensemble des moyens thérapeutiques utilisés contre les tumeurs malignes des mâchoires, envisageons l'utilisation de ces moyens, en considérant quelques exemples concrets.

I. EPITHÉLIOMAS :

A. PREMIER EXEMPLE : ÉPITHÉLIOMA DU SINUS MAXILLAIRE DÉJA EXTÉRIORISÉ DANS LE VESTIBULE BUCCAL, MAIS SANS GANGLIONS.

A la résection typique du maxillaire supérieur pratiquée autrefois, mieux vaut préférer la ligne de conduite suivante :

1° *Deux séances pré-opératoires de roëntgenthérapie.* Ces applications préviennent l'essaimage des cellules cancéreuses au cours de l'intervention ultérieure sans troubler d'une façon notable la vitalité des cellules non encore envahies. (L'avantage de cette radiothérapie pré-opératoire est discuté.)

2° *Résection atypique large* du maxillaire supérieur.

3° *Roëntgenthérapie post-opératoire* pour prévenir le développement toujours possible de ganglions non encore existants. Se méfier surtout des relais ganglionnaires postérieurs (au niveau de la paroi postérieure du pharynx.)

Il faut avouer d'ailleurs que les résultats obtenus ne sont guère supérieurs à ceux que donnait la seule résection typique du maxillaire supérieur. Si en effet on n'observe que rarement des récidives *in situ*, par contre on note fréquemment des récidives ganglionnaires.

B) DEUXIÈME EXEMPLE : ÉPIHÉLIOMA DU SINUS MAXILLAIRE AVEC GANGLIONS :

1° Deux séances préalables de rayons X.

2° Applications de tubes de radium *in situ.*

3° Exérèse des ganglions, que l'on disséquera aussi complètement que possible.

En réalité, là encore on n'obtient que des résultats assez médiocres.

II. Sarcomes :

A. SARCOME A TYPE FIBROBLASTIQUE (sans ganglions).

a) Ou bien le sujet est en état de supporter une intervention. Dans ce cas, *exérèse* aussi complète que possible, puis *roëntgenthérapie post-opératoire.*

b) Ou bien le sujet n'est pas en état de supporter une intervention. Dans ce cas, se contenter de la radiothérapie seule, mais *ligature de la carotide externe*, à l'anesthésie locale, pour prévenir les hémorragies qui résultent parfois de la fonte des cellules cancéreuses.

B) SARCOME A TYPE LYMPHOÏDE :

1° LYMPHOSARCOME ET LYMPHOCYTOME (avec ganglions).

La radiothérapie donne d'excellents résultats immédiats car sous son influence la tumeur « fond comme neige au soleil ». Mais cette amélioration n'est souvent que passagère et illusoire. Dès l'arrêt de la radiothérapie, la tumeur réapparaît et se développe de plus belle.

En sorte que le lymphosarcome et le lymphocytome, qui étaient autrefois de mauvaises tumeurs malignes en raison de l'impuissance chirurgicale, demeure encore une

© BIU Santé

mauvaise tumeur maligne en raison de la récidive presque fatale dès la cessation de la radiothérapie.

Toutefois, il existe des cas de lymphocytome au début, qui constituent un véritable triomphe pour la radiothérapie. La masse qui s'est résorbée en quelques jours peut ne pas réapparaître. Les meilleurs résultats semblent être ceux pour lesquels on a utilisé le radium au niveau de la tumeur et les rayons sur les ganglions.

2° *Lymphoblastomes*: Ces tumeurs, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de ganglions, constituent parfois aussi le triomphe de la radiothérapie ; leur résorption est toujours rapide et la guérison se maintient parfois définitive.

c) Sarcome squelettogène.

Deux variétés :

Maligne contre laquelle chirurgie et radiothérapie sont presque toujours impuissantes.

Bénigne (petits sarcomes à myéloplaxes qui rappellent histologiquement les épulis). La chirurgie conservatrice fait merveille et agit plus rapidement et peut-être plus sûrement que la radiothérapie, qui compte cependant des succès.

III. Dysembryomes ;

A. Dysembryome encore encapsulé :

Ex : Tumeur mixte de la voûte palatine.

La chirurgie conserve encore tous ses droits : anesthésie locale, recherche du plan de clivage ; énucléer sans crever la capsule-suture.

Cette intervention chirurgicale est d'autant plus indiquée que la tumeur est radio-résistante et peu radio-sensible.

(Il en est de même des épithéliomas adamantins qui demeurent longtemps bénins et chez lesquels la chirurgie donne d'excellents résultats.)

B) Dysembryomes sortis de leur capsule :

Il faut recourir à la fois :

A la *chirurgie* pour enlever ce que l'on peut, et à la *roëntgenthérapie* pour compléter l'intervention fatalement incomplète et insuffisante.

Tous ces exemples ne sont naturellement que des schémas provisoires, sujets à revision, car les domaines respectifs de la chirurgie et de la radiothérapie sont loin d'être définitivement établis.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le génie de J.-H. Fabre

Monsieur Marcel Coulon est Procureur de la République à Beauvais. Mince, pâle, l'air interrogateur, il intimide. Ce professionnel est redoutable. J'ai, de lui, quelques substantiels volumes dans un des coins fréquentés de ma bibliothèque. Trois tomes de *Témoignages* se dressent, encadrés des *Pages Choisies* de Philéas Lebesgue et de celles de Remy de Gourmont, vigoureusement préfacées. Une plaquette sur *Albert Aurier* sépare Lebesgue du *Problème de Rimbaud*, à côté duquel va désormais reposer le *Génie de J-H. Fabre*, dernier livre de Marcel Coulon. Ce Magistrat est terriblement fort en science. Il connaît l'entomologie comme s'il l'avait étudiée en Sorbonne. Il a la coquetterie de tenir admirablement la rubrique de Mycologie au *Mercure de France*. Les magistrats d'aujourd'hui sont étonnants. Ils ont lâché Horace et les traductions d'Ovide. Alors que le célèbre et malheureux Q. de Beaurepaire se signala, sous le pseudonyme de Jules de Glouvet, par des romans où se retrouvaient, avec l'observation précise, des tournures latines rappelant la tradition littéraire du Palais, ses successeurs, en notre époque d'expertises et de cours de médecine légale, se meuvent familièrement dans toutes les technicités. Maxwell est aussi brillant médecin que remarquable magistrat. Marcel Coulon, lui, dans ses *Témoignages*, avec la facilité qu'il a à passer d'un dossier d'avortement criminel à une affaire de fraude, passe de Renan à Bourdelle, de Mirbeau à Loti, de Zola à Barrès. Après avoir écrit des pages exquises sur Moréas et dessiné le parfait diagramme de Remy de Gourmont, il expose le pli professionnel du Magistrat et nous fait une intéressante conférence sur la sociologie criminelle. Et voici Gide, puis Ephraïm Mikhaël, le tumultueux André Rouveyre, mon ami. Coulon n'attendit pas le triomphe des Jeux Olympiques pour, en 1911, à propos du « Rôle du Mercure de France », traiter la question sportive avec une hauteur de vues qui remplit d'aise l' « officiel » sportif que je suis. Du *Problème de Rimbaud* je vous parlerai un de ces jours, d'autant qu'une thèse médicale — dont je crains n'avoir pas grand bien à dire — vient d'être soutenue sur ce sujet.

Marcel Coulon, méridional, entomologiste et mycologue, a beaucoup fréquenté celui qu'on a appelé l'*Homère des Insectes*. Ce terrible magistrat, que je soupçonne vibrer beaucoup sous son masque fin et sévère, a vécu des heures passionnantes à voir travailler ce savant et ce poète, auquel, peut-être, il doit la naissance de deux de ses passions parmi ses multiples passions. *Homo multiplex*, disaient les anciens. Il n'est, en effet, peut-être pas inutile de signaler que Fabre se fit aquarelliste sans rival, lui qui n'avait jamais touché un pinceau, pour représenter les grosses têtes des Bolets, les chapiteaux des Agarics, les buissons corallins des Clavaires que connaît si bien notre Magistrat. Avec quelle émotion Coulon a feuilleté l'album qui lui paraît renfermer, notamment en bolets et en tricholomes, des espèces non cataloguées et au sujet duquel il dit : « Dans la copie des couleurs, des nuances et des lignes, le Japon et les Hollandais n'ont pas fait plus ressemblant ».

Marcel Coulon est naturellement clair. Ce serait un parfait professeur. Nourri de Remy de Gourmont, il expose avec la même facilité et la même précision les plus difficiles problèmes. Sans rien sacrifier à la littérature, insistant avec une conscience d'homme de laboratoire sur les questions les plus techniques, il a construit son livre sur *le Génie de J-H. Fabre* avec un art qui fait de la lecture une pure joie.

L'enfance de celui qui agira plus tard sur l'insecte « comme le plus subtil des confesseurs ou des juges d'instruction » (comment voulez-vous qu'il ne plaise pas à M. le Procureur de la République), ses malheurs de professeur dont l'originalité est un défaut, sa déveine d'inventeur qui isole l'alizarine, principe tinctorial de la garance au moment où la chimie l'obtient des goudrons de houille, tout cela est conté d'une plume respectueuse, alerte et spirituelle. Et voici, dès 1870, le bonhomme dans son coin de garrigue : l'harmas qu'il vient d'acheter dans une région, ardente de soleil et de parfums, où aime et lutte toute la gent hyménoptère : Cerceris, Bembex, Ammophiles, Sphex, Chalicodomes, Osmies, Anthophores, Anthidies, Mégachiles, Halictes, Andrènes, etc... Il n'a pour vivre qu'un traité avec un éditeur pour le compte duquel il rédige des livres de vulgarisation scientifique. Cela lui suffit. Il se donne sans restriction à sa passion et, par amour de l'initiation zoologique, familièrement, sans penser à leur valeur future, il écrit les *Souvenirs entomologiques*. Il désirait être Professeur d'histoire naturelle dans une Faculté. La force de son destin, inscrit dans sa puissante intellectualité, lui évita ce malheur. Il fallait, pour qu'il se réalisât, qu'il vécut seul en sauvage. Il aurait été un « Professor Communis » perdu dans la masse des to-

© BIU Santé

ges et des robes. « Supposons, écrit Coulon, qu'il eût pu réaliser son rêve. Les loisirs que lui auraient laissés ses cours, il les eût mis à rester le fournisseur de mémoires que révèle la collection, entre 1854 et 1870, des *Annales des Sciences naturelles*. Il aurait multiplié les contributions à l'étude de l'insecte et de la plante, mais sans penser à les fixer sous cette forme littéraire qui le met au nombre des écrivains supérieurs. Professeur, il partageait sa vie entre son laboratoire et sa chaire. Il aurait expérimenté et enseigné. Il n'eût point *écrit*. Il aurait joué le rôle glorieux, certes, mais inférieur à celui qu'il a tenu, d'un Giard. Il aurait créé une école, des disciples ; il ne serait pas à proprement parler sorti de l'anonymat. Surtout il n'aurait fait que des choses que d'autres étaient capables de mener à bien... Que les hommes de laboratoire me pardonnent : Fabre serait resté un savant. Il aurait fourni des matériaux aux philosophes, il n'aurait pas construit lui-même, avec ses propres matériaux, une haute philosophie. Il n'aurait pas assuré à son œuvre la certitude d'être lue tant qu'on lira la langue française. »

Le très subtil psychologue qu'est Marcel Coulon met en valeur les raisons de l'ostracisme dans lequel les savants officiels tinrent H. Fabre, malgré ses découvertes retentissantes : en dehors des motifs de caste — ces motifs qui ont fait écrire un peu naïvement au Professeur Ch. Richet, récemment, que nul ne peut être un savant s'il n'est un Professeur —, ils ne lui pardonnent pas d'avoir trop bien écrit. La toge et la robe n'aiment que le langage sévère dépourvu de littérature. A 85 ans, en 1908, Fabre après les dix séries des *Souvenirs Entomologiques*, est inconnu ; et il faut l'enthousiasme de ces isolés que sont les Rostand, les Richepin, les Mœterlinck, les Romain Rolland, les Remy de Gourmont pour que, plus mal gré que bon gré les Professeurs suivent. Dans *la Vie* du 1er Juillet 1924, Marcel Coulon vient encore de montrer combien certains officiels de la Sorbonne digèrent péniblement le tardif triomphe de Fabre. Ce cas n'est pas isolé et, si je n'étais retenu à la trop courte analyse d'un livre, j'épiloguerais volontiers sur ce problème.

Le médecin curieux lira le remarquable travail de M. Coulon avec autant de joie qu'il aura à lire la *Physique de l'Amour* de Remy de Gourmont, dont les conclusions philosophiques sont tout autres. Le problème de l'instinct et de la Raison y est exposé avec habileté et esprit. On sait que pour Fabre comme pour Descartes, les animaux sont des machines. Les confrères qui ont lu les délicieux *Souvenirs entomologiques* reverront avec plaisir les exemples — plus passionnants qu'un roman de Pierre Benoît — racontés avec un art inimitable. Les héminoptères paralysateurs donnent autant de coups d'aiguillon qu'il y a de centres nerveux dans le corps de leurs victimes ; le pompille, avant l'immobiliser ainsi les centres locomoteurs de l'épeire donne d'abord un coup de stylet sur l'appareil qui commande le mouvement des crochets venimeux de cette araignée ; le chalidocome, transporté à des distances considérables de son nid, dans un pays qu'il n'a jamais vu, retrouve son nid, malgré les pièges qu'on lui tend ; le pélopée approvisionne sa larve du nombre exact d'araignées qu'exige son éducation ; actes inouïs s'il étaient raisonnables, mais qui sont purement mécaniques. Et Fabre de montrer, avec un extraordinaire génie d'expérimentateur, la stupéfiante stupidité de ces mêmes insectes quand ils doivent s'adapter à des circonstances nouvelles. C'est ici que, vraiment, l'Ermite de Sérignan est merveilleux à voir en action.

Ses conclusions, indiscutables, semble-t-il, pour l'insecte, sont peut-être exagérées quand il les applique à tous les animaux.

J'ai reçu à ce sujet une lettre de mon ours d'ami, le docteur Campagnou : « Lorsque Fabre affirme, m'écrit-il, que, *par rapport à l'homme, les animaux, quels qu'ils soient, sont sur le même rang : dépourvus de raison*, il va un peu fort. J'ai lu la série des *Souvenirs entomologiques*, j'ai lu le livre de *Marcel Coulon*, mais l'admiration pour un savant et un écrivain ne va jamais jusqu'à me faire dire aveuglément : Amen. Je lui laisse ses insectes dont le roman est plus captivant que toutes les séances de cinéma. L'explication anthropomorphique à leur sujet est idiote : ils possèdent, comme le Chalidocome, des sens inconnus et peut-être inconcevables ; mais il n'y a pas qu'eux. Je vis avec mon chien, Flocon, ma chatte, Mitsou, ma jument, Magali. Je connais leurs caractères et j'apprécie leur intelligence. Je t'en parlerai un de ces jours. J'ai lu l'histoire des chevaux d'Eberfeld, j'ai vu les chimpanzés savants et des phoques idem, s'amuser sur la scène des musics-halls et je ne suis pas de l'avis de Fabre. Je sais bien, je ne suis qu'un c..., mais je suis convaincu que lorsque le vieux savant quitte sa spécialité son opinion perd singulièrement de valeur. Il est déiste et ses convictions religieuses le font penser ici *a priori* ».

Paul VOIVENEL.

FAITS CLINIQUES

Un cas de zona-varicelle

par le Dr Ch. ROUSSEAUX.

La question des rapports *zona-varicelle* étant toute d'actualité et l'attention des médecins ayant été particulièrement appelée sur les observations très peu nombreuses qui ont été jusqu'ici publiées, et en grande partie à l'étranger, nous avons cru intéressant de rapporter le cas typique suivant, que nous avons récemment observé et qui nous paraît devoir apporter quelque lumière :

Observation de Gaston Dard, 15 ans, apprenti menuisier à la Cie P. O, fils d'un gardien d'écluse de canal à six kilomètres environ de la ville de Montluçon ; l'atelier où travaille ce jeune homme est à 1.500 mètres de la maison d'habitation.

Il vient à ma consultation le dimanche 8 juin à 9 h. du matin pour des douleurs violentes dans le bras gauche accompagnées d'une *éruption bulleuse* unilatérale par placards, avec deux placards dorsaux.

Cette éruption a commencé deux jours auparavant, avec état fébrile ; les douleurs dans le bras et dans l'épaule gauche sont très violentes. Les éléments bulleux contiennent un liquide jaune clair avec, tout autour de chaque placard, une zone de réaction inflammatoire.

Je porte le diagnostic de *zona* et prescris un traitement approprié.

Le dimanche 15 juin on me fait appeler auprès du malade et je le trouve en pleine éruption de *varicelle généralisée*, avec évolution normale du zona. Cette nouvelle éruption, d'intensité moyenne, a débuté deux jours auparavant soit le vendredi, avec une très forte élévation de température, alors que le début de la semaine paraît avoir été apyrétique.

En somme, *sur le même sujet* deux éruptions consécutives accompagnées d'élévation de température à huit jours d'intervalle, la première se traduisant par un zona, la seconde par une varicelle.

J'ai fait photographier ce malade huit jours après, et l'on voit nettement sur les deux épreuves :

L'éruption zostérienne unilatérale, la première en date ;

L'éruption varicelleuse généralisée ayant apparu huit jours après.

On peut donc conclure que sur *ce même sujet* l'élément générateur était le même.

Une enquête sérieuse ne m'a pas permis de retrouver dans l'entourage immédiat du malade des causes de contagion. Autre détail intéressant : deux enfants plus jeunes frère et sœur du malade et habitant la même maison n'ont pas contracté la maladie et ont été cependant continuellement en contact immédiat avec le malade.

© BIU Santé

L'évolution dans ce cas de zona-varicelle fut tout à fait normale sans complications. Le jeune malade put reprendre son travail un mois après le début de l'affection. Aucun de ses camarades d'atelier, jeunes apprentis comme lui, ne fut atteint grace aux délais d'isolement.

Que faut-il penser de cette observation ?

Dans sa thèse inaugurale Paris 1921 : « Identité d'origine entre certains zonas et la varicelle », H. Netter recueille tous les cas parus dans la littérature médicale et rassemble 87 observations (6 recueillies en France dont 5 par A. Netter) de varicelle faisant son apparition après un zona chez des *individus différents* ; et 15 observations (dont 3 recueillies en France par A. Netter) de zona apparaissant à la suite de varicelle chez des *sujets différents*.

Dans notre observation c'est *chez le même sujet* que la varicelle est consécutive au zona, et son apparition se fait huit jours environ après le zona (de 8 à 21 jours dans la thèse de Netter sur des sujets différents).

Chacune des deux affections suit son évolution normale ; on voit en effet sur les photographies des bulles de varicelles alors que les placards de zona ont perdu leur caractère bulleux et sont en voie de dessication.

Il semblerait donc qu'après avoir eu infection localisée, (*zona*), il y ait eu infection généralisée (*varicelle*) et que l'élément générateur du zona ait donné lieu à une contamination générale se traduisant par la varicelle.

Peut-on dire que ces deux maladies différentes aient évolué chacune pour leur propre compte ? leur coexistence est au moins troublante ! Si, sur des sujets différents et à plus forte raison dans une salle d'hôpital, la contagion peut être discutée, sur un même sujet à la campagne, dans un milieu familial, il ne peut venir à l'esprit qu'une relation étroite entre l'une et l'autre.

Il y a lieu aussi de particulièrement remarquer que les deux enfants en bas âge qui ont vécu continuellement avec le malade n'ont pas été contaminés, et qu'il nous a été impossible de retrouver l'étiologie de la maladie de ce jeune homme dans son entourage tant au point de vue zona qu'au point de vue varicelle.

Notre maitre et ami, M. le professeur Loeper a bien voulu nous dire que cette observation « est particulièrement intéressante et démonstrative ». Nous le remercions de son appréciation très autorisée, pensant que cette contribution à l'étude du « *zona-varicelle* » pourrait être de quelque utilité.

VÉNÉRÉOLOGIE

Prophylaxie vénérienne en Orient

Par le Dr **LÉJINE**.

Pour éviter la contagion : 1° dans les maisons de tolérance 2° dans les rencontres passagères ou suivies, les quelques recettes prophylactiques suivantes que nous avons employées tant en Orient qu'au Levant n'ont jamais soulevé la moindre objection et nous ont rendu de tels services que nous nous permettrons de les exposer brièvement.

En dehors des prescriptions réglementaires strictement observées, nous prenions les mesures suivantes :

1. — Les vénériens, de quelque nature qu'ils fussent, recevaient un pansement iodoformé (anciennes compresses iodoformées du service de santé) ou un poudrage large à l'iodoforme.

Une telle mesure n'avait qu'un effet prophylactique que nous comprendrons dans un instant.

2. — Dans les maisons de tolérance nous considérions les prostituées comme des agents actifs de la prophylaxie. Tant pour elles que pour les hommes, elles devaient se conformer aux règles suivantes et exiger leur application sous peine de renvoi de la maison.

En conséquence elles étaient prévenues :

a) Que tout homme sentant l'iodoforme était suspect de maladie vénérienne, était contagieux et devait être mis à la porte impitoyablement.

b) Qu'avant de se livrer à tout coït, elles devaient s'assurer par un examen discret et rapide de l'intégrité relative des organes génitaux. Et la pudeur n'en pouvait être choquée ; tant leur habitude, leur rouerie professionnelle, faisaient que le candidat à leurs faveurs ne s'apercevait même pas de cette inquisition.

c) Qu'après le coït elles devaient préparer l'eau et le savon nécessaires aux ablutions.

Ce savon était fourni par nos soins ; c'était, suivant nos disponibilités, du savon mou ou du savon dur dans lequel était incorporé à la dose de 2 à 3 gr. pour 1000 de l'oxycyanure de mercure.

Cette mesure des plus simples a selon nous une grosse importance : d'une part les qualités antiseptiques du savon sont singulièrement renforcées par le sel qui s'y trouve contenu, et d'autre part ce savonnage est tellement naturel, reflexe qu'il est accepté sans la moindre protestation et passe inaperçu en tant que manœuvre prophylactique.

Il peut ne pas en être de même de la mesure suivante bien que n'ayant jamais eu à intervenir à son propos.

d) Qu'avant de franchir le seuil les femmes devaient elles-mêmes introduire à l'aide d'un compte-gouttes, 2 à 3 gouttes de la solution d'argyrol dans le canal.

Cette mesure n'a jamais provoqué de protestations véhémentes au début, et fut très bien acceptée dans la suite, car, la prostituée était fermement invitée à « se débrouiller ».

Et elle le faisait parce que des sanctions, dont son renvoi de la maison, étaient la conséquence impitoyable de toute contamination.

3. — Pour les rencontres fortuites ou suivies, nous tenions à la disposition des militaires :

a) du savon dur à l'oxycyanure.

b) une solution d'argyrol.

Ce savon à l'oxycyanure était tout simplement préparé avec du savon de Marseille qui, découpé en fines lamelles était mis à fondre dans un plat de campement posé sur feu doux. Au moment du ramollissement de la masse on incorporait l'oxycyanure (2 à 3 gr. pour 1000) puis on laissait refroidir. Le savon durcissait de nouveau et il n'y avait plus qu'à en découper de petits pains.

On conçoit, sans insister davantage, que ce savon dont l'emploi est si facile en toutes circonstances... était très employé.

Conclusion. — Nous avons obtenu de bons résultats pratiques dans la lutte antivénérienne.

1) en prenant les prostituées comme agents actifs de prophylaxie :

2) par le savon à l'oxycyanure à 2 ou 3 pour 1000 qui s'adapte à toutes les circonstances.

Voir. *Progrès médical* du 2 février 1924 : La prostitution doit aider la prophylaxie.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1924.

Rapport de la Commission d'hygiène de l'enfance. — M. *Nobécourt.* — La Commission a étudié plus spécialement :

1° L'intérêt de faire comprendre aux mères les inconvénients du placement précoce en nourrice ;

2° Le fonctionnement médical souvent défectueux du service de protection (visites insuffisantes dues à l'insuffisance des crédits) ;

2° La difficulté de réaliser la surveillance médicale avec le *placement libre* actuel. Le *placement familial surveillé ou centre d'élevage* est à préférer et à encourager.

4° La difficulté de placement dans nombre de départements des enfants assistés en raison des salaires élevés demandés par les nourrices.

Résultats sociaux de trente ans de prophylaxie antituberculeuse dans une station climatique française. — M. *F. Lalesque*, complétant une communication antérieure, a recherché (point capital) si la situation excellente de la ville d'Arcachon, par rapport aux autres villes de même densité, était allée en s'améliorant depuis le début des mesures prophylactiques, en d'autres termes, si la mortalité relevant de tuberculose pulmonaire est en décroissance dans la station. Le fait n'est pas douteux, et les statistiques mettent en évidence que la diminution de la mortalité par tuberculose pulmonaire est bien liée aux trente années de prophylaxie antituberculeuse.

De la pectine, ses propriétés physiologiques et thérapeutiques. — MM. *Violle* et de *Saint-Rat* décrivent les propriétés physiologiques de la pectine. Ce corps, que l'on rencontre dans de nombreuses espèces végétales, semble avoir été la base, insoupçonnée alors, de certaines préparations plus ou moins complexes de l'ancienne pharmacopée. Préparée à l'état pur, la pectine est une substance qui en général semble dénuée de toute toxicité, mais augmente notablement la coagulabilité du sang. Ses propriétés thérapeutiques la classent parmi un des plus puissants et des plus inoffensifs agents antihémorragiques.

De la stérilisation de l'eau d'alimentation à Marseille et de l'eau de mer des parcs à coquillages. — M. *Violle* insiste sur la nécessité de stériliser les eaux de la ville de Marseille, qui, polluées, sont la cause permanente d'affections plus ou moins graves. Il attire l'attention sur le procédé de stérilisation de l'eau de mer destinée aux coquillages stérilisés que l'on obtient très aisément sans inconvénient par la chloration. Les expériences de laboratoire permettent de penser que ce procédé pourrait rendre de grands services dans la pratique.

Améliorations hygiéniques à introduire dans les lieux de réunion en commun des Musulmans de l'Afrique du Nord. Utilité de créer en Tunisie une police sanitaire spéciale pour les indigènes musulmans. — M. *Dinguizli* rappelle sa dernière communication sur l'état déplorable de l'hygiène dans ces lieux de réunion et indique les améliorations sanitaires propres à y remédier.

Il préconise des mesures générales et des mesures spéciales pour chaque variété de lieu de réunion en commun.

Pour le bain maure, il conseille la suppression des bassins et leur remplacement par un certain nombre de baignoires faciles à nettoyer. Il faudra assurer la stérilisation des pagnes et serviettes, le linge du bain sera à l'avenir individuel. L'assainissement par l'action du soleil du matériel de couchage.

Les barbiers arabes seront tenus à l'avenir d'avoir dans leurs boutiques une petite armoire contenant des antiseptiques pour désinfecter les petites blessures accidentelles. La stérilisation des instruments, soit dans de l'eau bouillante, soit à l'aide de la flamme d'une lampe à esprit de vin, la destruction par le feu des déchets provenant du rasage des clients ainsi que la stérilisation des serviettes de toilette.

M. Dinguizli exige des cafetiers arabes le remplacement des écuelles en terre poreuse par de simples verres de table facilement nettoyables, la désinfection des tasses à café à l'aide d'eau bouillante, etc.

Il propose pour les zaouias l'interdiction aux mendiants d'en faire leur asile de nuit et la construction, hors des murs des villes, de baraquements où ces malheureux trouveraient un abri pendant la nuit. Il conseille l'installation de moyens de désinfection dans ces baraquements pour eux-mêmes et pour leurs hardes.

En ce qui concerne les marchands de pâtisserie arabe, l'auteur pense qu'un simple arrêté municipal suffirait pour leur faire adopter l'usage du bahut portatif que les vendeurs juifs emploient pour préserver leurs friandises de l'action néfaste des mouches et des poussières.

M. Dinguizli pense pouvoir tirer parti du phonographe en faveur de la cause de l'hygiène chez ses coreligionnaires.

Il se propose, à l'aide de cet instrument, de reproduire des conseils d'hygiène sous la forme de chansons qu'il a fait rédiger par les chansonniers et les poètes populaires arabes, et espère beaucoup de ce mode nouveau de propagande, sans préjudice bien entendu des affiches.

Afin que ces suggestions puissent devenir réalité, M. Dinguizli demande à l'Académie son appui pour obtenir du gouvernement du Protectorat la création d'un organisme administratif sous la forme d'une inspection spéciale dans les attributions de laquelle seront centralisées et mises à l'étude toutes les questions concernant l'hygiène particulière aux indigènes musulmans.

Etude de quelques formes rares de la grossesse tubaire. — M. *Auvray.* — A côté des formes banales de la grossesse tubaire, il est un certain nombre de formes rares que M. Auvray étudie : la grossesse interstitielle dont il n'a observé sur un grand nombre de grossesses extra-utérines opérées par lui que deux exemples : la grossesse de la frange ovarienne ; la grossesse développée dans une trompe accessoire ; la grossesse développée dans des moignons de trompes incomplètement extirpées dont il rapporte un cas personnel et pour la pathogénie de laquelle il admet qu'au bout d'un temps plus ou moins long la trompe ligaturée est redevenue perméable ; on sait, en effet, aujourd'hui que la perméabilité d'une trompe ligaturée peut se rétablir ; la grossesse développée dans des trompes partiellement réséquées et dont les deux bouts sectionnés ont été ensuite suturés ; la grossesse tubaire bilatérale ; la grossesse tubaire gémellaire ; la grossesse tubaire coexistant avec une grossesse normale utérine dont il a également observé un cas dans lequel la grossesse tubaire aboutit à la production d'une hématocèle pelvienne et fut suivie à courte distance de l'hématocèle de l'œuf utérin.

Election d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Henri Vallée ; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. Breton, Brocq-Rousseau, Césari, Maignon, Nicolas.

Au premier tour, M. Vallée ayant obtenu 63 voix sur 69 suffrages exprimés, est proclamé élu.

Election d'un membre correspondant national dans la cinquième division : M. Cadéac (de Lyon) est élu.

Election de deux membres correspondants étrangers dans la cinquième division : MM. Mac Fadyean (de Londres) et de Jong (de Leyde) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre 1924

Signification pronostique de l'électro-cardiogramme dans les insuffisances cardiaques. — M. *G. Arrilaga* insiste sur la valeur de l'ectrocardiographie non seulement pour le diagnostic mais aussi pour le pronostic des affections cardiaques à la période d'insuffisance.

© BIU Santé

Il étudie les variations des divers accidents en insistant sur les troubles de conduction intra-cardiaque, blocage des branches et surtout blocage au niveau de l'arborisation de Purkinge. L'auteur insiste également sur la valeur de T négatif et l'aspect des divers accidents au cours de l'angine de poitrine.

M. Vaquez confirme l'importance de l'électro-pronostic des insuffisances cardiaques.

M. Clerc partage la même opinion et considère que l'électrocardiographie peut déceler un trouble grave myocardiaque alors que la clinique laisse prévoir un cœur régulier et en apparence normal.

Etude comparative des réactions du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale évoluant spontanément et dans les cas traités. — *M. René Targowla.* — Cette étude a porté sur la leucocytose, l'albuminose (dosage des protéines et réaction des globulines), la réaction de fixation dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, la réaction de l'élixir parégorique, la réaction du benjoin colloïdal. Chacune de ces réactions est susceptible de variations isolées, mais dans certaines limites seulement, et telles que le syndrome humoral dans son ensemble conserve une intensité moyenne, qu'exprime avec une approximation suffisante la réaction du benjoin. On peut ainsi décrire, *grosso modo*, trois grands types du syndrome humoral : fort, moyen, atténué, correspondant à des intensités différentes de l'encéphalite et se traduisant notamment par des différences évolutives : formes rapides, formes démentielles banales, formes à progression lente et rémissions.

Mais le processus inflammatoire n'est pas constant et ses fluctuations se traduisent par le passage de l'un à l'autre de ces types. Lorsqu'on soumet les malades au traitement spécifique, on observe des variations identiques, tantôt dans le sens d'une accentuation, tantôt dans le sens d'une atténuation.

M. Sicard insiste sur les variations cellulaires statiques du liquide céphalo-rachidien dont il faut savoir tenir compte.

Méningite à mélitocoques. Altérations importantes du liquide céphalo-rachidien : hyperglycorachie, hyperalbuminose. Guérison. — *M. G. Lemaire* (d'Alger), rapporte la première observation connue de méningite vraie au cours de la mélitococcie. Le microbe de Bruce a été isolé du liquide céphalo-rachidien ; celui-ci présentait les altérations suivantes : Lympho : 180 ; urée : 0.265, glucose : 0.880, albumine : 1 gr. 20 et jusqu'à 5 gr. 60. La réaction méningée reproduit ici la mononucléose sanguine. Le diagnostic est particulièrement difficile lorsque les symptômes cérébro-spinaux sont les premiers phénomènes observés et que la courbe thermiques ne donne, comme dans le cas présent, aucune indication. Il est nécessaire d'éliminer les autres affections donnant des réactions semblables ; la syphilis par exemple, par les réactions spécifiques. La tuberculose ne pourra être soupçonnée qu'après avoir pratiqué les séroréactions connues, et les recherches bactériologiques minutieuses.

Dans le cas présent, la réaction de Wright, positive dans le sang, orienta le diagnostic et les recherches. L'hyperglycorachie dans les méningites bactériennes, traumatiques ou non, dépend de plusieurs facteurs, et correspond à un état d'équilibre momentané, plus ou moins stable, n'ayant rien d'absolu.

Injection du lipiodol dans l'arbre bronchique du poumon collabé par le pneumothorax artificiel. — *MM. Giraud et de Reynier* (Leysin) présentent une série de radiographies montrant le passage du lipiodol dans l'arbre bronchique du poumon collabé par le pneumothorax artificiel. De leurs recherches les auteurs concluent que l'établissement d'un pneumothorax n'est pas un obstacle aux embolies bronchiques dans le poumon collabé. Ils insistent sur le mode d'action du pneumothorax, et considèrent qu'une pression positive n'est pas nécessaire et qu'il n'y a pas de degré de compression fixe. D'après les documents présentés, la bilatéralité du pneumothorax est possible en présence des lésions bilatérales.

MM. Sergent, Rist insistent sur l'intérêt des recherches de MM. Giraud et de Reynier.

M. Sicard partage l'opinion des auteurs sur l'innocuité de l'épreuve du lipiodol.

La cholestérinémie chez les diabétiques. — *MM. Labbé et Heitz* ont constaté une hypercholestérinémie chez les diabétiques (2 gr. 82 en moyenne) alors que le chiffre normal oscille entre 1.50 et 1.60.

Action de l'insuline sur l'hypercholestérinémie des diabétiques. — *MM. Labbé, Tamalet et Nepveu* montrent que chez les diabétiques traités par l'insuline, la cholestérinémie baisse pour tomber aux environs de la normale, alors que la glycémie, qui baisse également, reste néanmoins au-dessus de la normale.

M. Chabrol rappelle que dans un cas publié avec MM. Gilbert et Saint-Girons au cours d'un diabète grave, il a trouvé 5 grammes de cholestérine dans le sang et que dans des nodules cutanés ils ont trouvé jusqu'à 12 grammes de cholestérine.

M. Rist à propos du rapport de la tuberculose avec le diabète attire l'attention sur la préparation de cholestérine dans le traitement de la tuberculose. D'après les recherches des auteurs, la cholestérine n'est pas un antidote de la tuberculose.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1924.

Tumeur de l'hypophyse. — M. *Lecène* rapporte une observation communiquée par M. Jennesser (Genève) concernant une malade de 45 ans ayant des signes nets d'acromégalie et atteinte d'une tumeur de l'hypophyse. Après diverses tentatives, en particulier une trépanation bilatérale décompressive, qui n'eut que de faibles résultats, bien qu'elle ait nettement diminué la céphalée, on se décida à agir directement sur l'hypophyse par la voie maintenant classique du sinus sphénoïdal. On atteignit ainsi la selle turcique et on put enlever un assez gros fragment de l'hypophyse. Le résultat fut remarquable. Les signes d'acromégalie ont rétrocédé. L'acuité visuelle, très diminuée, a graduellement récupéré sa force. L'opération, il est vrai, ne date encore que de 6 mois et le pronostic doit encore être réservé car l'examen histologique a montré qu'il s'agissait non d'un kyste mais d'un adénome.

Protection du champ opératoire. — M. *Lecène* fait un rapport sur un travail de MM. Legrand et Petit qui utilisent pour protéger le champ opératoire le taffetas chiffon, que le rapporteur a déjà utilisé sous forme de champ pour recouvrir les anses intestinales au cours des opérations abdominales. Ce taffetas, très souple, peut être aisément stérilisé. A l'aide d'un vernis formé de gomme mastic dissoute dans du chloroforme on colle le taffetas à la peau avant l'opération et on incise à travers cette feuille. La peau est ainsi complètement et définitivement isolée de la plaie et l'élasticité du taffetas permet l'emploi des écarteurs, des tractions. A la fin de l'opération on décolle aisément le taffetas.

M. *L. Bazy* a essayé dans ce but la collophane. Mais elle se se déchire aisément.

Appareils de contention abdominale. — M. *Dujarrier* fait un rapport sur une nouvelle forme de ceinture abdominale imaginée par Charnaux (Vichy). C'est une lame de caoutchouc assez puissante qu'on libère et assouplit à volonté avec des trous en nombre et de dimensions variables suivant le résultat cherché. Cette ceinture qui se porte par dessus la chemise, adhère bien aux tissus, ne glisse pas, elle est propre et facile à laver.

M. Charnaux a également conseillé une nouvelle pelote élastique en caoutchouc genre éponge.

A propos du traitement du cancer du rectum. — *Okinczyc* fait un rapport sur une observation de M. Aumont ayant trait à un cas de cancer haut placé du rectum, pour l'ablation duquel on a employé l'opération de Hartmann, utilisant la voie abdominale avec abandon du bout inférieur, anal. Il s'agissait d'une malade de 78 ans ayant des phénomènes d'occlusion. Il fallut donc d'abord établir un anus cæcal. Plus tard on décida de

© BIU Santé

tenter l'ablation. Après section première du côlon pelvien (section que le rapporteur préfère plus tardive) on libère le rectum, on place deux pinces au-dessous des anses, section au thermocautère, fermeture et abandon au fond de la plaie du bout terminal.

D'après le rapporteur, cette opération est plus bénigne que l'abdomino-périnéale, mais elle est certainement moins satisfaisante et ne paraît pas être aussi efficace. Dans ces opérations le Mikuliez lui semble indiqué.

M. *A. Schwartz* fait observer qu'il s'agissait plutôt d'un cancer recto-sigmoïdien. L'abdomino-périnéale s'adresse aux cancers du rectum proprement dit. Dans les cancers haut placés l'opération de Hartmann est certainement excellente et on ne saurait opposer l'une à l'autre les deux opérations qui ont chacune leurs indications.

M. *Mocquot* a fait l'opération de Hartmann dans un cas de cancer situé à 13 cm. de l'anus et il lui a paru que c'était l'extrême limite où elle était possible.

Rétrécissements tuberculeux du jéjunum. — M. *Okinczyc* rapporte une observation de MM. Vandorgues et Plisson (armée) relative à un cas de rétrécissements multiples du jéjunum, probablement d'origine tuberculeuse, chez un homme de 35 ans qu'on croyait atteint d'ulcère pylorique. Résection de 50 cm. environ d'intestin ; guérison.

Le volvulus de l'intestin grêle. — M. *Lardennois* fait une communication sur le volvulus de l'intestin grêle dont il a observé et opéré six cas : quatre cas aigus et deux cas chroniques.

Le premier cas opéré est presqu'une constatation nécropsique car il s'agissait d'un enfant de quatre jours, déjà mourant. Il y avait un volvulus à triple tour dans le sens de la rotation intestinale embryonnaire.

Dans deux autres cas, il s'agissait de femmes ayant eu antérieurement des affections intestinales : la 1re, âgée de 17 ans et opérée déjà de péritonite appendiculaire, fut prise quatre mois après des signes de volvulus du grêle ; douleurs dorsolombaires violentes, puis abdominales à siège périombilical, diarrhée noire et vomissements. Vue le 5e jour seulement on constate en outre le silence intestinal absolu à l'auscultation. L'iléon était tordu dans le sens des aiguilles d'une montre ; détorsion et guérison.

La 2e femme, de 33 ans, avait été opérée d'un fibrome compliqué de fibromatose du grand épiploon. Même symptomatologie, mais elle n'est vue et opérée que le 10e jour. Détorsion et guérison.

Dans la 4e observation, il s'agissait d'une femme plus âgée et bien qu'opérée plus tôt, à la 18e heure ; elle mourut au 6e jour et cette mort semble due à une résorption toxique brusque au moment où l'intestin reprit son fonctionnement. Chez les malades âgées une entérostomie serait peut-être indiquée.

Les deux autres cas concernent des volvulus chroniques : l'un était soigné depuis deux ans pour péritonite tuberculeuse. Il fait une perforation intestinale et l'opération montre un volvulus sans trace de tubercule et avec perforation. Le malade a succombé.

Le dernier a guéri. Le volvulus était attribuable à une iléo-sigmoïdostomie faite au sommet de l'anse sigmoïde laquelle était borgne et a entraîné le grêle. L'opération fut très difficile, car tout avait changé d'aspect et de rapports, le grêle ayant pris l'aspect du gros intestin et étant devenu énorme ainsi que tout le côlon.

Séance du 5 novembre

Plaie thoraco-abdominale. Hernie diaphragmatique tardive. — M. Arce (Buenos-Aires) communique l'histoire d'un malade qui avait eu, 25 ans auparavant, une plaie thoracoabdominale par balle — et qui fut pris de troubles digestifs graves. La radiographie montra l'existence d'une hernie diaphragmatique par où passait l'estomac. M. Arce fit d'abord trois séances de pneumothorax artificiel et intervint sous anesthésie rachidienne en y joignant une injection de novocaïne autour du nerf phrénique au cou. Thoracolaparatomie suivant la technique de M. Schwartz. Après ouverture de la plèvre et mise en place d'un écarteur de Tuffier, il faut sectionner deux brides pour libérer le poumon. Réduction de la hernie stomacale qui adhère à l'orifice et suture de ce dernier par trois points de soie en U. Réunion sous drainage. L'auteur croit que le pneumothorax artificiel préalable est très utile et il n'est pas partisan de l'anesthésie générale dans ces interventions.

Paralysie du membre supérieur et côte cervicale. — M. *Mouchet* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Foucaut (de Poitiers) relative à un cas de dorsalisation de la 7e cervicale. Les apophyses transverses étaient d'un volume inusité avec des côtes cervicales nettes, surtout développées à droite. Cette malformation n'avait donné naissance à aucun trouble. Mais la malade ayant été opérée de fibrome utérin à l'âge de 52 ans, on vit survenir des troubles paralytiques du membre supérieur droit, troubles que l'on attribua d'abord à une compression dans la position renversée. Mais l'unilatéralité restait anormale. Une radiographie fut faite et montra la malformation ci-dessus. Les troubles s'amendèrent peu à peu et se localisèrent finalement au nerf cubital.

M. *Baumgartner* étant donnée cette localisation, qui ne s'explique guère par une lésion du plexus brachial, se demande s'il n'y a pas eu simplement compression de ce nerf dans la gouttière retro-épitrochléenne comme il en a observé un cas récemment : le bras fixé le long du corps fut serré entre la table et l'opérateur. Dans ce cas il n'y aurait qu'un fait de coïncidence chez la malade de M. Foucaut.

A propos de l'ostéosynthèse (*Discussion*). — M. *Thiery* est tout à fait opposé à l'ostéosynthèse qui, à son avis, doit être réservée à des cas exceptionnels et n'a que de rares indications, par exemple les fractures obliques à grand déplacement, chez les adultes non tarés et quand les appareils ont absolument échoué. En outre il faut à son avis faire une distinction entre l'*ostéosynthèse* proprement dite à gros matériel : rubans, plaques, vis ou agraphes — et ce qu'il appelle l'*ostéodèse* ou rapprochement par fil métallique simple.

Seul le cerclage au fil doit être employé à son avis. Il n'a jugé utile de l'employer qu'une quarantaine de fois depuis 25 ans.

Quant aux enchevillements par tige osseuse : manchons, plaques et vis, ils lui paraissent dangereux et plus nuisibles qu'utiles.

De l'aveu de Lambotte lui-même ils s'éliminent ou doivent être enlevés dans 46 % des cas et ce chiffre paraît à M. Thiery beaucoup trop faible. Il estime que dans 80 % des cas il faut enlever le matériel de prothèse.

Les résultats de l'ostéosynthèse sont, d'après ce qu'il a constaté, très médiocres. C'est l'avis de la plupart des médecins contrôleurs d'accidents du travail — et sur 35 cas récemment expertisés il a personnellement noté 20 résultats mauvais — 9 médiocres et 6 bons. Les mauvaises consolidations, les ostéites fistuleuses, la raréfaction osseuse, la lenteur de la consolidation, sont habituelles.

M. *Dujarier* s'élève contre ces conclusions pessimistes et estime que la proportion des bons résultats est bien plus élevée qu'il ne le croit.

M. *Fredet* est du même avis et les chiffres donnés par M. Thiery lui paraissent seulement prouver que l'ostéosynthèse ne doit être pratiquée que par des mains exercées, en milieu ultra-aseptique et avec un matérial parfait.

M. *Hartmann* estime que les expertises d'accidents du travail ne peuvent conduire à une appréciation juste et exacte. Ce sont les cas graves seulement qui sont opérés et on ne peut par conséquent les comparer équitablement à la masse des fractures simples guérissant par l'immobilisation plâtrée.

MM. *Wiart* et *Lenormant* estiment aussi, se basant sur les faits cités par M. Thiery, qu'il faut tenir compte des cas d'espèces — sans quoi on risque d'aboutir à des conclusions erronées.

M. *Mouchet* critique le mot ostéodèse qui lui paraît inutile.

© BIU Santé

Présentation de malades. — M. ***Duval*** présente un amputé des deux jambes, qui, avec son appareillage, marche, court, monte et descend les escaliers.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1924

Les terres cuites de Tanagra et de Myrina nous offrent des types intéressants de grotesques, de malades et d'infirmes, que l'on peut voir au Musée du Louvre. ***Félix Regnault*** expose aujourd'hui les conclusions de ses travaux sur les ex-voto pathologiques de Smyrne. Les statuettes où l'on retrouve le réalisme de l'école de Pergame datant du IIe siècle avant Jésus-Christ. Leurs auteurs se sont montrés habiles et fins observateurs. A leur époque, la science médicale était plus répandue qu'aujourd'hui, faisait partie de la culture générale et n'était pas réservée aux seuls médecins. Avec les disciples de Galien, les artisans qui modelèrent les terres cuites ont cherché surtout à montrer le fait exact. Galien, en effet, s'attache plus à la description des maladies qu'aux lois générales de la pathologie comme l'avait fait Hippocrate. Les ex-voto de ***Félix Regnault*** constituent de véritables illustrations des œuvres des successeurs de Galien, ***Ménétrier*** conteste le caractère synthétique des œuvres d'Hippocrate. Il rappelle que sous ce nom parurent des traités d'auteurs divers, où l'observation tient parfois une grande place. Avant Hippocrate les médecins, phéniciens, égyptiens, égéens, paraissent avoir consacré surtout leurs soins à la clinique. ***Regnault*** connaît bien ces faits, mais a voulu insister sur les tentatives de synthèses hippocratiques, qui ne sont pas niables.

Léo Leymarie a entrepris une étude générale des médecins et chirurgiens français au Canada. Les matériaux sont considérables et nécessiteront plusieurs séances pour être résumés. Aujourd'hui il s'arrêtera seulement à François Gendron, médecin d'Anne d'Autriche, qui exerça chez les Hurons vers 1650. Né dans les environs de Chartres en 1618, Gendron étudie la chirurgie à Orléans, obtient son brevet à l'âge de 25 ans et part au Canada avec les missions des Jésuites. En 1646, un an après la fondation de Montréal, il exerce à l'Hôpital de la mission Sainte-Marie. Il rentre en France en 1649, après que cet établissement eut été incendié par les sauvages. Ses goûts le conduisent à la prêtrise en 1652, à l'âge de 34 ans. Le voici à la fois vicaire et chirurgien, se spécialisant dans la cure du cancer. Anne d'Autriche souffre d'une tumeur du sein. Elle fait appeler Gendron qui la traite pendant neuf mois jusqu'au moment où les intrigues des médecins de la cour le font renvoyer. Nous le retrouvons installé à Orléans en 1671, où il s'occupe de diriger les études de médecine de son neveu Claude, futur médecin de Monsieur, frère de Louis XIV et du duc d'Orléans, qui devait devenir le Régent. ***Delaunay*** rappelle que François Gendron fut le grand-oncle de Gendron, de Chateau-du-Loir et que cette lignée médicale fut illustre. ***Ménétrier*** reconnaît que Gendron, le prêtre-chirurgien fut surtout un empirique et comme tel critiqué par Guy Patin. Les empiriques de cette époque, comme ceux d'aujourd'hui, ont pu trouver des formules intéressantes. Mais la lutte contre leurs procédés reste tout de même légitime, puisqu'ils manquent de ces notion générales, sans lesquelles l'exercice de l'art du médecin n'est pas possible.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du vendredi 31 octobre 1924

Les sourds-muets. — M. ***Halphen*** présente un important ouvrage de M. ***de Parrel*** et de Mme ***Lamarque*** sur ce sujet; étude médicale, pédagogique et sociale. C'est le premier travail qui traite la question du surdi-mutisme dans toute son ampleur. Il est réalisé sous la forme la plus claire et la plus pratique.

Tuberculose pulmonaire et parasitisme intestinal. — M. ***Léo*** pense que les piqûres d'oxyures lèsent la muqueuse intestinale et ouvrent la porte aux microbes virulents de l'intestin dans la circulation sanguine. Il rappelle le traitement par le carbonate de bismuth contre les oxyures, par le chénopode contre les ascaris et par les lavements benzinés contre les tricocéphales.

Adénite tuberculeuse et fistulisée. — M. ***Mélamet*** en présente un cas chez une malade présentant de la condensation des sommets et un état général médiocre. Traitée par le manganate calcico-potassique, cette malade est guérie depuis 4 ans.

A propos de la scoliose. — M. ***Peugniez*** revient sur l'inutilité du corset, agent passif, contre la scoliose des adolescents ; le corset gêne l'entraînement musculaire ; et les muscles perdent, emprisonnés, le bénéfice acquis par la culture physique.

Vaccination antituberculeuse. — M. ***Duquaire*** expose son procédé de vaccination curative et celui de vaccination préventive de Maragliano. Il montre leur efficacité.

Jeune thérapeutique et sueurs fétides des pieds. — M. ***Natier*** a guéri un cas de sueurs fétides des pieds exclusivement et radicalement par le jeûne. Il pense que, comme le rhume de cerveau, l'autointoxication est la cause de cette infirmité, d'où bon effet de la cure de désintoxication.

Chirurgie pleuro-pulmonaire et spirométrie. — M. ***Petit de la Villéon*** insiste sur l'opération en position assise, les pansements en position horizontale et la spirométrie et montre par des projections sa technique opératoire.

H. DUCLAUX.

VARIÉTÉS

Les médecins peuvent-ils vendre des médicaments ?

La question se posait déjà au XVIIIe siècle, comme on peut le voir en lisant le mémoire que les apothicaires de Besançon, Salins, Lons-le-Saunier rédigèrent en 1759 pour demander l'établissement d'un règlement qui accordât aux seuls apothicaires le droit d'exercer la pharmacie. Ce mémoire, qui a été offert à la Société d'histoire de la pharmacie par M. Arthur Nicklès, vient d'être publié dans le *Bulletin* de cette Société (août 1924). Voici la partie relative à la vente des médicaments par les médecins :

« Les médecins pardonneront aux apoticaires de vouloir les exclure de la vente des médicaments : on rend justice à leur sçavoir, mais sont-ils artistes ? Voilà ce qui doit décider en faveur des apoticaires. Il faut distinguer l'art de la science, la pratique de la théorie, la connoissance détaillée de la matierre médicale de la manière de l'employer, et de la mettre en œuvre ; qui sçait même cette manière est encore bien éloigné de l'art. L'aveu modeste d'Hippocrate, dans un cas à peu près semblable, en servira de preuve, si l'autorité de cet ancien médecin peut avoir quelque poid à l'égard de la médecine moderne. Un médecin de son tems étoit tout à la fois apoticaire et chirurgien. Hippocrate n'ignoroit pas la manière d'extraire la pierre, mais il n'en avoit pas l'habitude ; il fait serment à la tête de ses ouvrages de n'entreprendre jamais ceux qui seroient attaqués de la pierre, et qu'il laissera ce soin à ceux qui se sont rendus habiles dans cette opération par une longue expérience : *me unquam ex calculo laborantes ipse sciabo, sed his qui se totos huic operi dilarunt, hoc officium remittam* (*Jusjur. Hyp.*).

Les anciens règlements des apoticaires de Besançon, art. 1er et 26e, ne permettent de travailler de cette profession, et de vendre des médicaments qu'à ceux qui auront été reçus maîtres ; on n'y trouve aucune exception favorable aux médecins ; et, en effet, si les médecins avoient privilège de vendre des médicaments, il seroit inutile de se faire recevoir maître apoticaire ; l'aprentisage est long, pénible et dispendieux : après l'aprenti-

© BIU Santé

sage il faut encore observer un interstice de trois ans. La réception n'engage pas à de moindres frais. Les aspirans trouveroient conséquemment plus d'avantages a prendre le bonnet de docteur, et ils s'éviteroient, en le prenant, une dépense de plus de 800 francs, Ce seroit d'ailleurs le moyen de se soustraire aux chefs-d'œuvre, sorte d'examen, sans comparaison, plus difficile que ceux qu'on fait subir aux médecins, où l'on n'exige que des efforts de mémoire. Les apoticaires ne peuvent trop l'observer icy, on réussit toujours moins aisément à exécuter qu'à dire comment on exécute.

L'arrest de 1731, dont les dispositions sont si favorables aux médecins, après avoir permis aux licentiés de donner des remèdes, art. 1er, leur fait néanmoins défense, art. 2e, d'exercer la profession d'apoticaire dans les villes où il y a jurande.

La vente des médicaments n'est donc pas dans le Comté de Bourgogne une prérogative attachée au degré de licencié en médecine, elle n'est que de nécessité dans les villes où il n'y a pas d'apoticaires, et c'est ainsy que le parlement de Besançon a cru devoir interpréter l'art. 26 de l'édit du mois de mars 1707.

« Nul, est-il dit dans cet article, ne pourra, sous quelque prétexte que ce soit, exercer la médecine, n'y donner aucun remède, même gratuitement, dans les villes et bourgs de notre royaume, s'il n'a obtenu le degré de licentié dans quelqu'une des facultés de médecine qui y sont établies ».

Il est évident que Sa Majesté n'a pas eu pour objet de faire une deffense générale, il en seroit résulté que pour être apoticaire il auroit fallu obtenir le degré de licentié. Ajouttons que cette deffense spécialement faitte pour les aspirans à la médecine, suppose qu'ils ont assisté pendant trois ans aux cours de pharmacie galénique et chimique, ce qui est expressément ordonné par l'art. 22 du même édit, et ce qui ne peut avoir lieu dans l'Université de Besançon, où il n'y a pas de semblables cours.

Pensera-t-on que les médecins ne désaprouveroient pas eux-mêmes que leurs confrères s'ingérassent à vendre des remèdes ? Ils ne manqueroient pas de faire ce que fit à Paris la Faculté de médecine à l'égard de M. Lémery : elle ne se montra pas moins ardente que le corps des apoticaires à former opposition à l'enregistrement que le grand artiste venoit d'obtenir pour vendre ses préparations et continuer des cours de chimie qui ne luy avoient pas été interdits, lorsqu'il ne les faisoit qu'en qualité d'apoticaire, c'est ce qu'on aprend de son éloge composé par l'illustre M. de Fontenelle. Le morceau convient trop au cas présent pour n'être pas icy raporté en entier.

M. Lémery, de la religion prétendue réformée, avoit été obligé de quitter et la pharmacie et la médecine, par rapport à sa religion, mais enfin, après de longues traverses, il se réunit à l'Eglice avec toutte sa famille.

« Il reprit de plein droit, ajoutte M. de Fontenelle, l'exercice de la médecine, mais pour le cours de chimie et la vente de ses remèdes, ou préparations, il eut besoin de lettres du roy, parce qu'il nétoit plus apoticaire : il les obtint avec facilité, mais quand il fut question de les enregistrer au Parlement, M. de La Regnie, lieutenant général de police, la Faculté de médecine et les maîtres et gardes apoticaires s'y opposèrent, moins apparemment par un dessein sincère de le traverser, que pour rendre de pareils établissements difficiles ; car les apoticaires les plus intéressés de tous à l'opposition, s'en désistèront presque aussitôt, et ci-devant de bonne grâce, et au mérite personel de M. Lémery, et à celuy qu'il s'étoit fait par sa conversion. »

Les médecins de Besançon et de Dôle doivent convenir qu'ils n'ont pas conçu une idée bien avantageuse d'un médecin alsacien qui passa dans la province la plus grande partie de 1762. M. Bacher, docteur de la Faculté de Besançon, mais établi à Tann, avoit été apellé en Franche-Comté par une dame attaquée d'hydropisie. Les médecins ne furent-ils pas indignés de luy voir vendre des poudres et des préparations qu'il ne rougissoit pas d'annoncer par des billets distribués ? Il se comporta de cette manière à Besançon, à Dôle et à Auxonne. La malade, qui n'avoit eu avant son arrivée, aucun symptôme bien fâcheux, n'eut plus que de fort tristes accidents depuis qu'elle eut pris de ses poudres ; la fièvre survint, ne la quitta plus, et elle tomba dans l'éthisie la plus complette. La crainte d'être observé obligea M. Bacher de la conduire à la campagne, où il l'abandonna après quelques mois de séjour, la laissant dans un état déplorable de souffrance et de faiblesse que les médecins s'expliquent de bonne foy. Ils avoueront qu'exercer la médecine comme M. Bacher c'est l'exercer en empyrique, et qu'il est infiniment dangereux de permettre à la phantaisie d'un homme de distribuer des remèdes, auxquels il peut attacher une efficacité que les remèdes n'auroient pas, puisqu'en fait de compositions médecinales, l'amour-propre prend son essort, comme à tous autres égards.

On alléguera peut-être que dans le Comté de Bourgogne les médecins, ayant l'inspection des médicaments, ils sont en droit de les faire : ce n'est icy qu'un pur sophisme, et c'est un très grand abus que d'avoir confié l'inspection des remèdes aux médecins.

Qu'on les ait apellés aux examens des apoticaires, à la bonne heure, les examens regardent la théorie de l'art, mais que, sans être artistes, ils deviennent juges de l'art même, on sent que cela répugne.

Il est essentiel qu'un artiste soit inspecté, mais il est également important qu'il le soit par une personne de son art, toujours moins en état par ses lumières de faire de mauvaises chicannes, et en conséquence moins capable de rebutter l'artiste. L'établissement des jurandes s'est introduit dans presque toutes les professions, et dans celles où il n'y a en pas, on y a supléé par une institution équivalente. Un juré est par son serment engagé à faire son devoir, il l'est aussy puissamment par l'interrest de son art, auquel se joint encore son propre interrest. C'est de tout tems qu'on a sentit la nécessité d'être inspecté par des gens du même art et du même corps ; les lois romaines vont jusqu'à ne vouloir pas qu'on prive, aucun corps, aucun collège du pouvoir correctionnel, qu'elles considérent comme faisant partie de la constitution même du corps.

Avant l'arrest de 1751, le droit d'inspection étoit attribué à la jurande par l'art. 7e de l'ancien règlement. Tous maîtres, avant que d'ouvrir boutique, doivent les faire visitter par les jurés. L'art. 19 prescrit aux jurés de visitter de temps à autres les boutiques et lieux où l'on travaillera de leur profession, pour reconnoître si elles sont bien fournies, et si les drogues simples, ou composées, sont bien conditionnées, au défaut de quoy ils s'en saisiront, ou en avertiront le procureur syndic de la cité ainsy que de ceux qu'ils trouveront travaillant à ladite profession, pour de tout en dresser un procès-verbal, et ensuitte sur leur plainte et à son instance, faire châtier le contrevenant, et au cas de condamnation les jurés seront pourvus pour leurs journées à l'arbitrage du juge. Il est ordonné par l'art. 25 que lorsqu'il y aura difficulté au sujet des parties d'apoticaires, elles seront règlées par les jurés, ou, en cas de suspicion, par les autres maîtres aux choix des parties, suivant la disposition de l'ordonnance civile ; et l'art. 26 défend à tous étrangers, ou autres non maîtres, d'exposer en vente, vendre ou échanger, à quelque prétexte que ce soit, des drogues concernant la pharmacie, avant qu'elles soient vissittées par les jurés.

Il n'y a point d'institution qui n'ait ses inconvénients, et l'on doit préférer celle qui en a le moins. Il y en a, toutte compensation faitte, d'incomparablement plus grands à laisser aux médecins qu'à la rendre à la jurande. Depuis l'arrest de 1751, on ne voit pas que les médecins ayent fait aucune visitte, et l'on sçait que cette inattention, qui ne s'est pas bornée aux seules boutiques d'apoticaire, mais qui s'est étenduë aux hôpitaux, aux communautés religieuses et à tous les droguistes, marchands forains, et empyriques, qui ont distribués des drogues, ou des remèdes à Besançon, ou dans les autres villes de la province ; que cette inattention a eu les suittes les plus fâcheuses ; on en peut juger par des attestations de M. le médecin Tanchard, qui seront jointes à ce mémoire, et la police a été obligée de sévir plus d'une fois ; personne n'ignore le procès fait au nommé Deslach, non plus que la peine qui luy a été infligée, pour avoir, par des poudres, et des remèdes de sa composition, occasionné un grand nombre d'accidents.

Enfin, dans touttes les villes du royaume, où il y a des maîtrises, c'est aux apoticaires qu'appartient le droit de visitte chez touttes les personnes, et dans tous les lieux où l'on fait trafic des drogues, ou de remèdes ; on pouvoit citer les statuts des maîtres apoticaires de Lyon, de Rouen, de Caen. Mais on se restreindra à ceux des apoticaires de Paris ; on remarque, dans le préambule, que les rois Charles VIII en 1484, Louis XII en 1514, François Ier ès années 1516 et 1520, Charles IX en 1571, Henry III en 1583, Henry le Grand en 1594 et Louis XIII, par ses lettres de confirmation des années 1611 et 1624 avoient établis pour les maîtres apoticaires et épiciers, des maîtres et gardes qui devoient être choisis et élus de deux en deux ans par les plus notables et prudhommes de leurs corps et communauté, *pour procéder aux visittations tant desd. marchandises, poids et mésures d'icelles, faire saisir et confisquer celle qui se trouveroient n'être p s loyales, faire punir les délinquants, obvier aux abus, malversations et désordres, et tenir la main à l'entretenement et éexécution desd. statuts et ordonnances.* Les art. 4, 5 et 18 du règlement sont conformes à cet exposé, et confirment de nouveau les prérogatives qui y sont détaillées.

On objectera peut-être encore que les médecins ont été les premiers apoticaires, et que ce seroit se rendre coupable d'ingratitude que de leur interdire l'exercice d'un art qui vient d'eux ; mais les médecins qui étoient apoticaires étoient en même tems chirurgiens ; il en résulteroit donc aussy qu'avec la seule con-

© BIU Santé

noissance du corps humain,et sans avoir appris la manière d'opérer, les médecins d'aujourd'huy pouvoient pratiquer la chirurgie, et si l'on venoit à établir que ce sont, au contraire, les apoticaires qui ont été les premiers médecins, on seroit donc également autorisé à conclure que les apoticaires sont en droit d'exercer la médecine.

Seroit-il, en effet, bien éclairci que la médecine ne fut pas plutôt née de la pharmacie, que la pharmacie de la médecine ? Ce n'est, sans doutte, que parce qu'on a été malade qu'on a trouvé les moyens de se garantir de la maladie, et avant que d'en étudier les causes, on a commencé par donner des remèdes. Le pour et le contre se trouveroient du moins étayés par des preuves, également fortes, mais l'interrest commun, l'objet essentiel de tous les arts, ne dépend point icy du succès de l'une ou de l'autre discussion, et de ce que la médecine auroit donné naissance à la pharmacie, il ne s'en suivroit pas que l'exercice de la pharmacie dut être abandonné à des personnes qui ne fussent point expérimentées dans la pratique de cet art.

Pour finir cet article, comme on l'a commencé, pour le finir par un aveu aussy modeste que celuy d'Hippocrate, on opposera celuy de M. Atthalin, doyen des professeurs de la Faculté de médecine de Besançon, à tout ce que les autres médecins seroient tentés d'alléguer contre la prétention des apoticaires. M. Atthalin est, sans contredit, celuy de tous qui est le plus en droit de la contester ; on connoit ses lumières dans touttes les parties de la médecine, et il est docteur de l'université de Montpellier où il y a des cours de pharmacie hermétique et galénique. Le Parlement l'avoi commis pour être avec le médecin du roy et les jurés des apoticaires de Besançon présent aux trois chefs-d'œuvre que devoit faire le Sr Andrey, de Dôle. On lit dans le procès-verbal qui fut dressé le 17 mars 1761, à l'occasion des deux premiers chefs-d'œuvre, que le professeur Atthalin et le médecin du roy « *avouant qu'ils ne sont pas asses connoisseurs dans une matière qui peut d'ailleurs avoir de dangereuses conséquences*, et où même deux maîtres apoticaires (les jurés) sont de sentiments tout à fait différents, ont, de l'avis de ces derniers, estimés que la Cour seroit supliée, de, aux frois dud. Andrey, faire convoquer tous les maîtres apoticaires de la ville. »

ANALYSES

Méningocèle antérieure. (E. Weber. Soc. d'obst. et gyn. de Strasbourg, 4 juin 1921, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921, n° 5, p, 381.)

Un cas rare de méningocèle sacrée antérieure traitée chirurgicalement avec succès et se présentant comme une tumeur kystique pelvienne.

C. Couvreux.

Enfoncement du pariétal droit dans un accouchement spontané. Redressement chirurgical au 6e jour. Guérison. (Trillat. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 13 février 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 5, p. 382.)

En raison de l'étendue et de la profondeur de la dépression en cuiller qui siégeait sur la partie moyenne et postérieure de la bosse pariétale droite, et malgré l'absence d'accidents, l'auteur a cru devoir intervenir au 6e jour en pratiquant un redressement chirurgical à l'aide d'une rugine courbe.

C. Couvreux.

Présentation d'un cas de malformation rare des organes génitaux externes (Diphallus). (Vaudescal. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 23 mai 1921, *in Bull. de la Soc, d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921, n° 5, p. 271.)

Enfant de quatre mois présentant deux pénis distincts sans autre malformation ni duplicité organique. La présence d'une tumeur périnéale laisse à penser qu'il s'agit d'un monstre double mais réduit aux seuls organes génitourinaires externes.

C. Couvreux.

Note sur un cas de paralysie faciale prolongée après application de forceps. (Garipuy. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 24 mars 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 685.)

Dans le cas particulier, la guérison est survenue seulement deux mois après le début, et contrairement au pronostic pessimiste de l'auteur.

C. Couvreux.

Sinusite ethmoïdale, phlegmon de l'orbite et méningite généralisée chez le nouveau-né. (Audebert et Stillmunkès. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 24 mars 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 6, p. 587.)

Un cas exceptionnel d'ethmoïdite chez un nouveau-né de 10 jours qui, après avoir présenté les signes d'une ophtalmie secondaire, est mort de méningite généralisée.

C. Couvreux.

Grossesse et anencéphalie. (Fabre et Rhenter. Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon, 13 février 1920, *in Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1920, n° 5, p. 374.)

A propos de cette observation, où le diagnostic d'anencéphalie fut posé au cours du travail chez une femme atteinte d'hydramnios, à marche rapide, les auteurs se demandent dans quelles conditions ce diagnostic pourrait être émis de façon plus ferme, en retenant en particulier la notion de fréquence de l'hydramnios.

C. Couvreux.

Le travail des femmes enceintes dans les usines et ateliers. (A. Fruhinsholz. *Bull. chir. des accidents du travail*, novembre 1920, Paris, p. 19.)

Les professions à action toxique et les professions dites de force doivent *a priori* être considérées comme incompatibles avec l'état de gestation. Mais, en outre, le travail habituel de la femme en état de gestation conduit à l'accouchement prématuré, particulièrement quand il exige la station debout, quand il nécessite des efforts musculaires, quand il expose à des trépidations, à des heurts ou à des traumatismes quelconques.

La loi Engerand (1919) garantit à la femme enceinte son travail pendant l'absence de l'atelier et lui facilite le repos à ses frais pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et qui suit l'accouchement.

La loi Marin (1910) concerne spécialement le congé des institutrices.

La loi Strauss, 17 juin 1913, dit entre autres choses que : « toute femme de nationalité française et privée de ressources qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique, a droit pendant la période de repos qui précède et qui suit immédiatement ses couches à une allocation journalière. »

Le Comité du travail féminin du Ministère des munitions avait aussi élaboré une réglementation temporaire du travail des femmes enceintes dans le but de lui donner une partie du repos et des ménagements qui lui sont nécessaires.

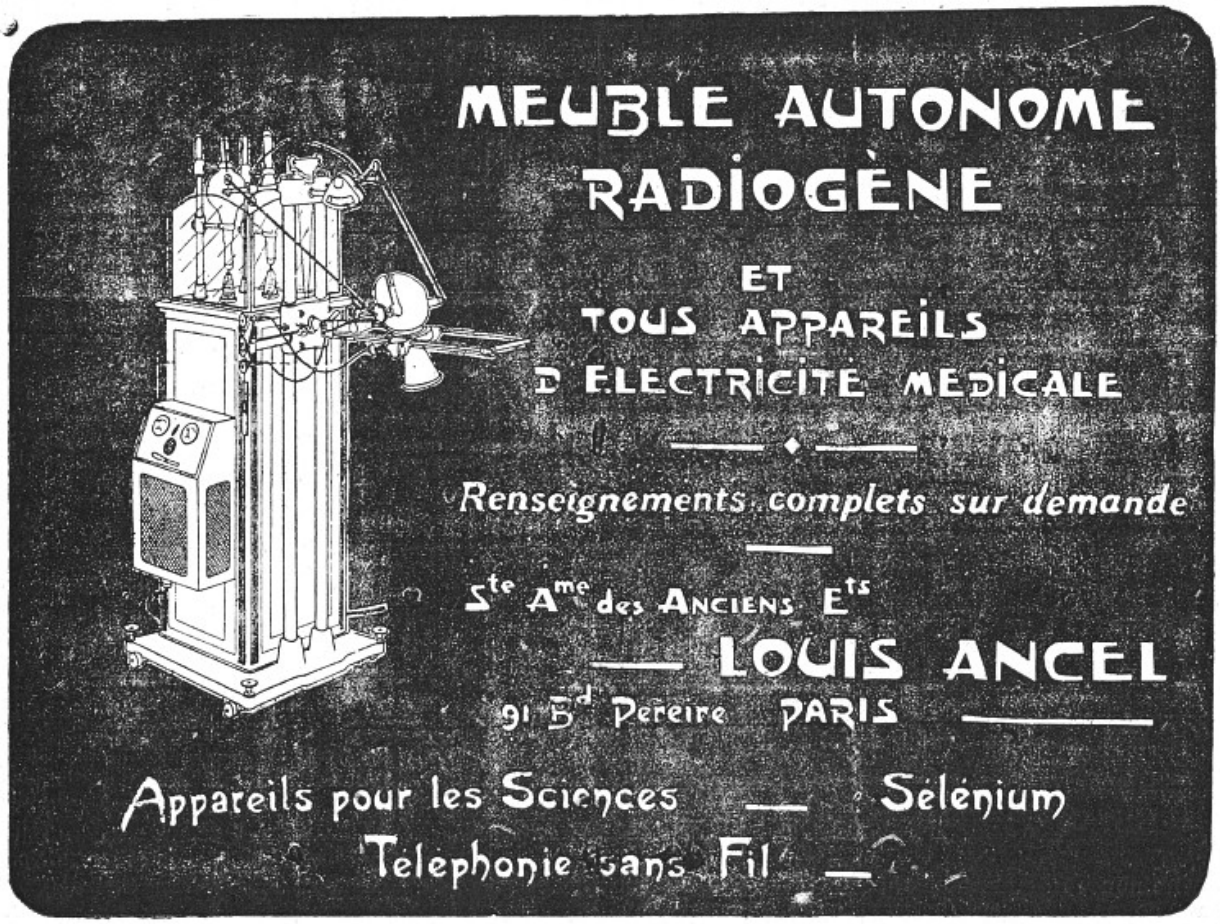
Où en est la question actuellement ? Deux thèses sont en présence : celle de l'exclusion des femmes enceintes de l'usine présentée par M. Lévy-Solal au Congrès de Bruxelles en 1919 et celle de la protection de la femme enceinte à l'usine présentée par M. Keiffer à ce même congrès.

L'auteur, pour des raisons d'ordre moral et d'hygiène déclare que la femme enceinte doit être au foyer ou placée dans des refuges où elle soit dans de bonnes conditions pour amener la gestation à terme, et surtout il déclare qu'il est trop tard de commencer au 9e mois les mesures de protection puisque c'est vers ce moment que se produit l'accouchement prématuré !

Comme corollaire, il montre que cette question ouvre la question de la déclaration obligatoire de la gestation que réclame M. le professeur Pinard.

F. Hidden.

© BIU Santé



SALINS-LES-BAINS-DU-JURA

Traitement à domicile

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES par les EAUX-MÈRES cristallisées en IRRIGATIONS VAGINALES

AFFECTIONS GANGLIONNAIRES osseuses articulaires par les EAUX-MÈRES liquides en COMPRESSES

ANÉMIE. ASTHÉNIE. DÉBILITÉ. LYMPHATISME. ÉPUISEMENT.

Chez l'enfant, l'Adolescent et l'Adulte, par les SELS NATURELS pour BAINS.

RENSEIGNEMENTS ET ÉCHANTILLONS :

M. GARDY, Administrateur de l'Agence des Produits Thérapeutiques de Salins-les-Bains.

R. C. Seine 235.63 — 11, Avenue de l'Opéra PARIS — Téléph. : Gutenberg 34.43, Central 01-25

GAÏACALCINE LATOUR

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

PRÉSENTÉE en CACHETS . BOITES pour 15 JOURS de TRAITEMENT

Bronchite chronique Emphysème pulmonaire Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des Bronches Catarrhe Bronchite aiguë Trachéo-Bronchite

Echantillons gratuits à MMrs les DOCTEURS

VENTE EN GROS : LABORATOIRES LATOUR 17, Place des Vosges · PARIS

DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

ULCÈRE
Hyper = CHLORHYDRIE
COLITES

TABLETTE **PERROUD**
7, Rue des Archers, LYON

MYCODERMINE DÉJARDIN

(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Les ulcères variqueux

Toujours rechercher la spécificité,

Un traitement spécifique amènera dans ce cas, en quelques semaines, une guérison qui n'avait pu être obtenue en plusieurs années.

1° *L'ulcère est banal. La plaie est atone, mais ne suppure pas ; aucuns phénomènes inflammatoires* (pas de lymphangite, pas de périphlébites).

Il faut *irriter l'ulcère* pour le faire bourgeonner.

Panser chaque jour avec une solution concentrée de permanganate de K.

Permanganate de K.....	5 grammes
Eau distillée.....	50 grammes

Le permanganate en poudre peut même être employé.

Les préparations à base de Gaïacol et d'aldéhyde formique donnent des résultats analogues.

Au bout de 5 ou 6 jours, l'ulcère est rouge et saignant. Supprimer alors ce traitement et faire un pansement avec de la pommade *Inotyol* : une couche épaisse de pommade recouvre l'ulcère, un taffetas chiffon préalablement plongé dans l'eau bouillante est placé directement sur la pommade (pansement gras).

Si l'ulcère ne suinte que peu, renouveler le pansement tous les 2 jours. S'il suinte, panser tous les jours.

Le repos et la gymnastique élévatoire de Jacquet aideront puissamment à la guérison.

2° *L'ulcère siège sur un membre atteint de périphlébite, de lymphangite et d'œdème, il suppure abondamment.*

Le pansement humide est à rejeter, il fait macérer les téguments, déterminant une véritable éclosion de folliculites.

Le pansement mixte (Debat) n'a pas ces inconvénients. Les phénomènes inflammatoires cèdent en 24 ou 48 heures : une couche épaisse d'*Inotyol* recouverte directement de 4 épaisseurs de gaze plongée dans l'eau bouillie, simple ou boratée. Le tout recouvert de taffetas chiffon plongé dans l'eau bouillante. Une bande de crêpe maintient le pansement, sans interposition de coton. Le membre est maintenu si possible, élevé, pour faciliter la circulation en retour.

Périphlébite et lymphangite disparaissent avec une étonnante rapidité.

Quand l'ulcère reste la seule lésion, appliquer le traitement précédemment indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

La psychologie des névroses par le Dr O.-L. Forel. Un volume in-12 de 258 pages. Prix : 10 francs français, Librairie Kundig, 1, place du Lac, Genève.

Au moment où les doctrines psychologiques de Freud soulèvent d'âpres discussions dans les milieux des médecins, des psychologues et des pédagogues, l'ouvrage du Dr O.-L. Forel expose en un seul volume les problèmes essentiels de la psychologie des névroses.

L'auteur table sur les données de la médecine mentale ; il passe en revue la base de la médecine psychologique avant d'entreprendre l'étude des désordres psychologiques, les « maladies nerveuses » proprement dites.

Le Dr Forel décrit plus particulièrement les caractères névroïde et névrosé qu'il oppose aux caractères schizoïde, schizophrène et oligophrène (aliénation mentale). Il entreprend l'étude des troubles de la phase pubère, de l'adolescence, les désordres sexuels, l'influence des milieux pathologiques.

L'auteur fait un exposé succinct de la « psychanalyse » et des autres méthodes thérapeutiques, de l'hypnotisme médical, en particulier. Les nombreuses citations sont puisées dans les ouvrages originaux de Freud, de P. Janef, de Bleuler, de Kretschmer, etc. C'est un ouvrage documenté, personnel et critique qui intéressera tous ceux qui cherchent à s'orienter sur les questions psychologiques actuelles.

Le chapitre final, consacré à la psychothérapie, est suivi d'exemples résumés d'observations de malades. (*Voir suite page* 1030).

BIEN SPÉCIFIER pour boire aux repas

Vichy-Célestins

en bouteilles et demi-bouteilles

Vichy Grande-Grille

MALADIES DU FOIE & DE L'APPAREIL BILIAIRE

Vichy-Hôpital

Maladies de l'estomac et de l'intestin

R. C. Seine : 20.051.

LABORATOIRE MÉDICAL DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

Téléphone : Elysée 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Séro-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

L'Infection dans la céphalée du méat moyen (1)

par les Docteurs
Maurice BOUCHER et André SOULAS
Assistants du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital Laennec

Les publications se font toujours plus nombreuses dans le domaine des « douleurs de tête » d'origine nasale et en particulier d'origine sinusienne. Nous avons attiré l'attention, dans un premier article sur le méat moyen et sur la céphalée qui résulte de la compression du cornet moyen (2).

Nous relations les cas où le cornet moyen pris entre la cloison et la paroi externe des fosses nasales souffrait de cette compression due à une architecture défectueuse. Il s'agissait en somme d'un syndrome douloureux trigémellaire et sympathique.

La céphalée est en général intense et siège au dessus des yeux, aux tempes et au front sans qu'un point névralgique précis puisse être mis en valeur. Cette migraine des « yeux », du « front » ou « des tempes » est très souvent bilatérale, régionale et consiste en lourdeur de tête ou en névralgies. C'est surtout par sa durée qu'elle est insupportable puisqu'elle peut exister toute la journée et revenir régulièrement plusieurs jours de suite ne cédant à aucun antinévralgique.

Chez ces sujets le nez est peu perméable, la respiration nasale est toujours un peu gênée surtout à l'inspiration. Pas de sécrétions nasales. Par contre une sensation de sécheresse nasale presque toujours accusée par le malade. A la rhinoscopie on remarque que la cloison est presque toujours déviée, mais cette déviation haut placée est peu étendue, tandis que le cornet moyen est de dimensions très variables mais toujours comprimé. Il est en général rougeâtre, sec et hyperesthésique, exceptionnellement blanchâtre et d'aspect lavé.

L'explication de ces troubles nous a paru devoir résider dans la compression du cornet moyen entre la cloison et la paroi externe des fosses nasales. C'est à une étiologie mécanique, à une irritation des filets nerveux du trijumeau que nous en étions arrivés, sans penser à une sinusite même latente.

A côté de cette céphalée, de ces troubles nerveux dus à l'irritation et causés par une architecture défectueuse de la zone du méat moyen, il y a encore d'autres faits à envisager. C'est qu'en effet il existe des céphalées qu'on doit imputer, semble-t-il, à l'infection et à la seule infection des sinus et du labyrinthe ethmoïdal.

Sans doute on a décrit les infections du sinus frontal et du sinus maxillaire, infections suppurées aiguës, subaiguës ou chroniques, infections patentes et de diagnostic devenu facile. Aussi ne voulons nous pas envisager ces cas trop bien connus.

Il s'agit de troubles plus délicats et qui passent souvent inaperçus, de troubles moins tapageurs où l'infection joue cependant un rôle incontestable, où l'infection, limitée et bien minime parfois, est la seule responsable des maux de tête dont se plaignent nos malades.

Si en effet on examine attentivement le nez de ces derniers, on n'aperçoit tout d'abord rien de pathologique. L'étage inférieur est normal, le cornet inférieur n'est pas intéressé par l'état morbide. Cependant la pituitaire est un peu rouge, parfois turgescente, et le spéculum placé dans la position oblique permet d'apercevoir dans l'étage moyen des anomalies de grand intérêt : la région délimitée par le versant externe du cornet moyen et la paroi externe elle-même des fosses nasales montre une muqueuse inégale, velvétique, soit trop rouge et œdématiée, soit lavée et blanchâtre suivant les cas. Le porte-coton très peu volumineux et coudé est introduit dans cet espace et revient mouillé non pas de pus ou de sang mais d'une simple sérosité blanchâtre ou parfois de mucosités assez claires, exceptionnellement muco-purulentes. Ces sécrétions, en apparence insignifiantes, ne font jamais défaut ; elles ne se reproduisent pas rapidement *in situ*. Elles n'existent que d'un seul côté lorsque les phénomènes douloureux sont unilatéraux. On observe de plus très souvent une hyperesthésie au niveau de ce versant externe du cornet moyen. Il y a là une zone nettement plus sensible qu'à l'état normal.

Il est à peine besoin de dire qu'on ne s'attardera pas à ces manœuvres d'examen et que c'est après cocaïno-adrénalinisation qu'on pourra pousser plus à fond l'examen de ce recessus. Après rétraction du cornet moyen et de la pituitaire en général, il est aisé de bien voir cette portion cachée du méat moyen. On remarque que les anomalies de la muqueuse et que les sécrétions sont cantonnées en ce point sans que le versant interne du cornet moyen ou du cornet inférieur soit en général atteint.

Une question se pose aussitôt, s'agit-il là d'une sécrétion locale, s'agit-il d'une sécrétion venue d'ailleurs, du sinus frontal ou du sinus maxillaire. Cette région fait en effet partie d'un carrefour important en rapport intime avec le sinus maxillaire, le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures. L'éclairage, la radiographie des sinus, la ponction du sinus maxillaire donnent des renseignements négatifs. Et cependant il n'est pas impossible qu'il s'agisse d'une histoire de sinusite ancienne dont c'est là un reliquat. Mais ces faits cliniques sont exceptionnels. En réalité, dans l'immense majorité des cas, on se rend compte que ces sécrétions minimes, cette anormale humidité du méat moyen, du versant externe du cornet moyen, sont causées par une infection légère, une infection atténuée d'une ou de plusieurs cellules ethmoïdales antérieures.

Il s'agirait dans ces cas d'une infection, infection sinuso-ethmoïdale, pas du tout de la grande infection ethmoïdale avec pus dans le méat moyen, traînée purulente sur le versant interne et sur la queue du cornet moyen. Et c'est cette infection nasale minime et persistante, passée inaperçue, qui donne des troubles parfois très inquiétants par leur durée et leur stabilité.

En règle générale, les malades que nous avons suivis se plaignent surtout de céphalée, de névralgies sus-orbitaire. Les douleurs partent de la racine du nez, irradient vers les arcades orbitaires et vers la racine des cheveux, quelquefois vers les tempes et aussi, dans un de nos cas, vers la région malaire. Dans ce dernier cas la douleur encadrait complètement l'orbite.

Rarement la douleur atteint la région pariétale et, si elle devient occipitale, nous pensons qu'un facteur nouveau est venu se surajouter. Il s'agit d'une céphalée gravative avec ou sans paroxysmes. Très souvent un point plus douloureux au toucher répond au nerf sus-orbitaire ; parfois la palpation du cadre osseux orbitaire est doulou-

(1) Travail du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital Laennec, Dr Bourgeois.
(2) *Progrès médical* n° 48, 1er décembre 1923.

© BIU Santé

reuse. Cette céphalée peut durer une journée entière, peut présenter des sédations, laisse toujours le malade dormir sans faire appel aux analgésiques, mais elle reparaît au réveil.

Il existe un tableau clinique très particulier et qui paraît avoir la même étiologie. Toute la région jugale et orbitonasale est douloureuse. Cette douleur est subjective et le plus souvent unilatérale, s'accompagnant de gêne dans cette région. Il y a gêne, lourdeur, et le patient croit à une augmentation de sa joue, du pourtour orbitaire ; il craint une fluxion qu'il localise soit vers l'arcade orbitaire, soit vers la joue. Dans le premier cas il va trouver un oculiste qui nous adresse le malade ; dans le second cas, c'est le dentiste qui est consulté, tout d'abord car le patient pense à une fluxion dentaire. Les examens oculaire, dentaire, sinusien, ne donnent aucun renseignement. L'examen nasal révèle une étroitesse nasale plus ou moins marquée du côté malade; le point sus-orbitaire ou le point sous-orbitaire est douloureux. Et c'est le traitement du nez qui fait disparaître ces symptômes.

Voici deux observations qui se rapportent aux faits cliniques envisagés plus haut :

M. X., 36 ans, se plaint de douleurs orbito-nasales et temporales. Depuis dix jours les douleurs n'ont pas cessé sauf la nuit. Pas de gêne nasale, pas de rhume. Il s'agit de lourdeur, de douleur sourde, constante et sans exacerbation névralgique. Pas de points douloureux nets. La rhinoscopie révèle un petit éperon à gauche et en haut qui comprime vraisemblablement le cornet moyen gauche. Nous constatons de plus un léger suintement séreux dans la zone du méat moyen. Un traitement purement médical de désinfection nasale est d'abord institué et nous voyons le malade deux fois à 6 jours d'intervalle afin de désinfecter la région même du méat moyen d'une manière précise.

Au bout de ce traitement très simple qui a duré à peine 15 jours, la céphalée a disparu. Elle n'avait pas reparu 4 mois plus tard.

Mme X., 32 ans, se plaint d'une névralgie sus-orbitaire gauche avec irradiations temporo-pariétales gauches. Il s'agit d'une douleur continuelle et par élancements.

Il faut noter une grippe, il y a 3 semaines. La correction oculaire a été faite. La rhinoscopie révèle une synéchie nasale assez étendue à gauche ; la muqueuse est rouge, hyperesthésique. Les sinus frontaux et maxillaires s'éclairent très bien. Avant de passer au traitement chirurgical dirigé contre la synéchie, nous conseillons un traitement de simple désinfection locale. En moins de 20 jours la céphalée et les névralgies ont disparu.

En résumé, la lecture de nos observations démontre que le syndrome cardinal est la céphalée ou la névralgie orbito-frontale tandis que le signe rhinoscopique est un suintement dans la zone du méat moyen.

L'examen de l'état général, l'examen oculaire, ne donnent pas la clef du diagnostic. Le rhinologiste consulté en dernier ressort doit trouver un traitement efficace.

Pour poser le diagnostic, ce dernier pense aux diverses sinusites bien caractérisées : frontale, maxillaire, ethmoïdale, sphénoïdale.

Nous n'insisterons pas sur leurs caractères. Nous passerons rapidement aussi sur le diagnostic de la névralgie du ganglion sphéno-palatin, du vacuum sinus et nous renvoyons à ce sujet à notre précédent article sur la céphalée du méat moyen.

Toutes ces causes éliminées, il reste à différencier ce syndrome infectieux du « syndrome compression du cornet moyen » et cela est un point délicat car, nous l'avons indiqué précédemment, les deux syndromes sont parfois très voisins. Combien de légères déviations hautes de la cloison, combien de nez étroits qui paraîtront devoir faire rentrer tous nos cas dans le syndrome purement mécanique.

Cependant, le plus souvent, il n'y a pas de compression d'une part, et d'autre part il y a une sécrétion très nette dans la zone du méat moyen.

Et d'ailleurs l'efficacité du traitement nasal lèvera les doutes puisque la seule désinfection locale suffira à guérir les troubles.

Ce traitement consiste simplement en désinfection nasale judicieusement faite. La meilleure méthode est de revoir le malade tous les 5 ou 6 jours : on fait une bonne application de cocaïne-adrénaline dans la zone du méat moyen, ce qui permet de mieux voir et de mieux opérer. On peut alors passer entre le cornet moyen et la paroi externe des fosses nasales un petit porte-coton recourbé imbibé d'une solution au vingtième de nitrate d'argent ou encore d'une solution de collargol au quinzième. Il faut avoir soin de toucher les points anfractueux, d'entrer dans les cellules plus ou moins effondrées quelquefois.

Cinq applications suffisent pour faire disparaître la céphalée ou les névralgies ; quelquefois deux séances ont suffi. En général, les phénomènes subjectifs disparaissent les premiers et ce sont les anciens élancements douloureux qui mettent parfois 3 à 4 semaines à disparaître. Quand on ne peut pas voir le malade tous les 5 ou 6 jours, nous nous contentons de faire un premier badigeonnage désinfectant et nous conseillons des pulvérisations nasales de sels d'argent.

Dans la majorité des cas, ce traitement « chez soi » nous a donné plein succès.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la fièvre typhoïde

Par M. André PHILIBERT.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La fièvre typhoïde, malgré la crainte qu'elle inspire dans les familles et parfois au médecin lui-même, est une maladie relativement bénigne ; mais son allure clinique, l'adynamie, la perte de la conscience, les soubresauts des tendons, la trémulation de la langue, bref le tuphos, impressionnent beaucoup l'entourage, bien que ces symptômes fassent partie de l'évolution clinique d'une forme de moyenne intensité se terminant par guérison.

Cette méconnaissance du tableau clinique normal, le fait encore que l'on oublie parfois la durée normalement longue de la maladie qui, dans les formes moyennes s'étend, non pas sur trois septénaires mais bien sur quatre à cinq semaines, et souvent davantage, conduisent parfois le médecin, pressé par la famille, à chercher des thérapeutiques héroïques, exceptionnelles, qui ont le plus fâcheux effet sur l'évolution normale de la maladie. S'il y a, en effet, des fièvres typhoïdes de courte durée, dépourvues de symptômes inquiétants, elles méritent à peine le nom de fièvre typhoïde et nos devanciers les décoraient des noms de typhoïdette, fièvre synoque, fièvre muqueuse, embarras gastrique fébrile... Aujourd'hui, certains médecins emploient volontiers, dans ce cas, le nom de paratyphoïde, ce qui est, d'ailleurs, tout à fait

© BIU Santé

injustifié, car l'intensité de la maladie ne dépend en aucune façon de la variété microbienne qui la provoque et l'on voit des infections éberthiennes bénignes, aussi bien que des paratyphoïdes sévères,

Le traitement de la fièvre typhoïde demande beaucoup de sang-froid de la part du médecin, qui doit en connaître la longue durée, la courbe nécessairement élevée, l'aspect de gravité dû à l'état typhique et qui doit éviter avec soin l'abus (on pourrait dire la débauche) de médicaments qui ont été inventés et utilisés dans cette maladie.

L'expérience montre que les traitements médicamenteux ayant une prétention spécifique sont loin d'avoir donné les résultats que l'on en attendait. Suivant les temps et les modes, on a donné des purgatifs violents et répétés, qui employés de cette façon exposent aux complications ; du salicylate de soude dont l'action, sans être nuisible, paraît au moins peu efficace ; la teinture d'iode, vantée comme antiseptique et comme excitateur de la leucopoièse défensive a fait faillite à sa tâche supposée ; les injections d'argent colloïdal sont absolument inefficaces et si elles provoquent parfois un abaissement thermique, celui-ci n'est que momentané, la fièvre remonte ensuite et ni l'intensité ni la durée de la maladie ne sont modifiées par cette action ; il en est de même des autres métaux colloïdaux, en particulier de l'or dont l'application n'est pas exempte de réactions dangereuses. Les soi-disant antiseptiques intestinaux sont absolument sans action ; enfin, suivant une idée simpliste qui conduit famille et médecin à redouter la fièvre comme si, en abaissant celle-ci, on pouvait guérir la maladie, on a fait usage d'antithermiques tels que le pyramidon, l'antipyrine et la quinine ; pyramidon et antipyrine employés d'une façon prolongée ne sont pas sans retentir fâcheusement sur le rein ; quant au quinquina, employé autrefois par Jaccoud et devenu si populaire, je ne saurais trop m'élever contre son emploi ; c'est un médicament qu'il faut employer judicieusement, qui a ses indications précises, *mais qui est absolument contre-indiqué dans la fièvre typhoïde* ; la quinine, en effet, ainsi que l'ont montré les travaux de Elliava et Pozerski, de Jansen et de Philibert, Hauduroy et Cordey, empêche le processus de guérison naturelle par destruction du principe curateur spontané, le bactériophage ; elle détermine, d'autre part, ainsi que l'ont montré Clerc et Pezzi, un abaissement permanent de la tension artérielle, action qu'il est indispensable d'éviter, on en conviendra, dans une affection où l'hypotension est déjà la règle.

La fièvre, qui effraye tant l'entourage du malade, est pourtant une nécessité heureuse ; l'étude approfondie de la fièvre typhoïde montre, en effet, que l'évolution naturelle de la maladie aboutissant à la guérison nécessite une période d'hyperthermie. Les typhoïdes les plus graves sont celles qui, avec un tuphos très prononcé, s'accompagnent justement de fièvre modérée, d'hypothermie relative ; les formes bénignes, dans lesquelles la température n'est justement pas très élevée et qui sont raccourcies dans leur évolution, sont celles qui sont fréquemment suivies de rechutes, celles-ci partois beaucoup plus sérieuses.

Loin de combattre la fièvre, il faut donc, en quelque sorte, la favoriser, et c'est justement le but qu'atteint la balnéothérapie de Brand.

D'une façon générale, le typhique supporte fort mal les médicaments ; souvent ceux-ci accentuent les symptômes sans réaliser le but que l'on s'était proposé en les administrant. La strychnine, loin de « remonter », n'aboutit qu'à exagérer les contractures, l'huile camphrée, aux doses élevées, qu'à irriter un cœur déjà faible. Il n'y a qu'un très petit nombre de médicaments qui, dans certains cas, trouvent leur indication.

En présence d'une fièvre typhoïde, le médecin, dès que le diagnostic est assuré par l'hémoculture ou même soupçonné par la seule clinique puis confirmé par le sérodiagnostic, doit supposer qu'il verra se dérouler une évolution normale, c'est-à-dire s'accompagnant d'un tuphos plus ou moins marqué, de fièvre oscillant entre 39° et 40° 1/2 d'une période d'état qui dure quinze jours ou trois semaines, parfois plus, et d'une durée totale de maladie qui ne sera pas inférieure à six semaines. Tant mieux si, malgré ces logiques suppositions, il ne s'agit que d'une « typhoïdette » qui vienne heureusement les déjouer, mais, au moins dans le début, le médecin doit être déjà armé pour combattre par avance toutes les complications fâcheuses.

Trois points essentiels doivent le préoccuper : 1° l'hygiène et le régime alimentaire du malade ; 2° le traitement hydrothérapique ; 3° l'opportunité des médicaments à employer.

1° Hygiène et le régime alimentaire du malade. — Les petits soins ont une importance capitale ; il ne faut pas oublier que les infections secondaires peuvent partir de lésions minimes de la bouche ou de la peau. Le malade doit être couché sur un lit placé au milieu de la chambre, accessible par tous les côtés, le matelas recouvert d'une toile cirée. Il est utile, même dès le début de la maladie, d'employer un lit mécanique afin de pouvoir plus facilement soulever et remuer le malade. Les soins de la bouche doivent être scrupuleusement pratiqués ; il faut brosser les dents matin et soir, laver la muqueuse buccale, faire pratiquer des gargarismes au malade, ou, s'il ne le peut, faire des attouchements de glycérine boratée sur la gorge, la langue et les lèvres fréquemment dans la journée ; il est bon, en particulier, de laver la bouche avec un peu d'eau alcaline systématiquement après chaque ingestion d'aliments.

Le siège doit être l'objet de soins particuliers et méthodiques ; les évacuations involontaires de matières et d'urine, la longue station prévue dans le lit, favorisent l'irritation de cette région, Très souvent, de petits boutons minuscules y paraissent qui deviendront plus tard, si l'on n'y prend garde, l'origine d'infections cutanées plus importantes d'abcès, d'escharres, Il faut donc, d'abord *matin et soir*, *lotionner les fesses*, les *lombes*, les *ischions*, les *trochanters avec de l'alcool camphré* et renouveler ces lavages lorsque le malade s'est souillé. Chaque matin, toute la région et même le dos, doivent être passés en revue et les moindres boutons ou vésicules qui pourraient s'y montrer doivent être touchés à la teinture d'iode. Il faut répandre à profusion, après chaque bain, la poudre de talc, et non la poudre d'amidon, qui fermente, sur la peau du malade dans toutes ces régions, et si la maladie se prolonge, il ne faut pas hésiter à installer le typhique sur un rond de caoutchouc ou même sur un matelas d'air afin de prévenir l'escharre. Dans ce but, deux précautions sont encore à observer ; d'abord, il faut veiller à ce que le malade ne soit pas toujours dans la même position et le mettre tantôt sur les côtés, tantôt sur le dos et ceci même avant que des irritations de la peau se soient manifestées ; en second lieu, il faut que le linge en contact avec la peau du typhique soit de préférence en toile fine et usée.

On ne saurait trop, également, veiller à l'emploi des boules d'eau chaudes utilisées pour réchauffer le malade ;

© BIU Santé

lorsque le typhique est inconscient sa sensibilité est très émoussée et nous avons vu trop souvent des typhiques mal soignés présentant des brûlures étendues par cette application de boules chaudes et même de cataplasmes. Les boules doivent être toujours enveloppées de serviettes et on ne saurait trop répéter à l'infirmier et à l'entourage la nécessité de vérifier toujours si la boule ne se trouve pas en contact direct avec la peau. Ces brûlures ne sont pas néfastes seulement par la douleur qu'elles entraînent mais encore parce que, infectées, elles peuvent devenir à leur tour la source d'infections secondaires.

La chambre du typhique doit être à une température de 17 à 20°, car lors du bain, le typhique sera transporté, nu, de la baignoire au lit et, souvent, pendant les soins, il est découvert dans le lit. Cependant il faut aérer fréquemment cette chambre et une bonne pratique est de tenir la fenêtre ouverte, tout en ayant du feu dans la pièce ; il suffit alors de fermer la fenêtre un instant avant de découvrir le malade.

Dans une maladie aussi longue que la fièvre typhoïde, la question de l'alimentation doit occuper une place prépondérante dans les préoccupations du médecin. Il est, en effet, nécessaire de nourrir les fiévreux et c'est l'un des mérites de Graves d'en avoir montré la nécessité. Malheureusement, c'est un préjugé, encore trop répandu que de laisser les malades à la diète. Or, si l'on peut sans inconvénient laisser à la diète un pneumonique dont la maladie dure une semaine, s'il faut instituer cette diète dans les cas d'intolérance gastrique, il est au contraire dangereux de laisser en quelque sorte jeûner un typhique dont la maladie va durer six semaines et souvent beaucoup plus. Dans ce cas, à la maladie, s'ajoutent les méfaits de l'inanition. Il est à remarquer qu'avant Graves, qui a introduit le lait dans le régime des typhiques, et même encore de nos jours, les typhiques laissés à la diète ont une convalescence beaucoup plus longue.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que le typhique a l'intestin malade et que ses sécrétions digestives sont peu actives ; aussi, ne doit-on lui donner ni aliments indigestes, ni aliments durs qui pourraient provoquer une perforation, ni aliments susceptibles de donner des gaz en excès, aboutissant au météorisme, facteur prédisposant primordial des perforations.

Une coutume très systématique, suivie depuis Graves, est d'alimenter les typhiques avec du lait. Or, la plupart de ceux-ci le digèrent fort mal et font, sous son influence, un météorisme exagéré, météorisme dangereux, nous le répétons, puisqu'il prédispose aux perforations. Le lait peut cependant être essayé chez les typhiques ; s'ils le digèrent bien et sans météorisme, on peut en continuer l'usage, mais il ne faut jamais en donner de grandes quantités ; il ne faut pas dépasser un litre par jour et, le plus souvent, se borner à un demi-litre de lait. On peut d'ailleurs essayer, si le lait ordinaire est mal supporté de substituer à celui-ci des laits particulièrement assimilables comme le lait cru non bouilli si l'on est sûr de sa provenance, ou bien les laits homogénéisés (lait Lepelletier, lait Mondia) ou bien encore des laits fermentés comme le képhyr, le koumis, le yoghourt. Si cependant le malade continue à avoir le ventre ballonné ou une diarrhée profuse, il faut supprimer complètement le lait qui, nous le répétons, quelle que soit la tolérance du malade, ne doit jamais excéder un litre par jour.

Cette quantité est absolument insuffisante pour satisfaire les besoins nutritifs du malade. Chantemesse, puis Vaquez ont bien montré l'importance de l'alimentation chez les typhiques et précisé la nature des aliments qui leur conviennent. Nous en avons nous-mêmes expérimenté beaucoup et notre choix s'arrête sur les aliments liquides et très nutritifs, choisis dans les catégories suivantes : c'est d'abord la décoction de céréales de Sprenger que l'on prépare, après mouture des grains entiers de blé, seigle, maïs, orge auxquels on ajoute du son et si l'on veut des grains d'avoine, en faisant bouillir la totalité pendant deux heures. La dose, doit être de une cuillerée à soupe de chaque grain pour aboutir après réduction à un litre de décoction ; celle-ci est passée sur une gaze afin d'enlever les gros fragments d'enveloppes des grains mais de laisser passer la farine. Cette décoction peut être plus ou moins claire, légèrement salée et même sucrée.

Le bouillon de légumes peut aussi être utilisé, mais nous lui préférons la purée de pommes de terre claire ou plutôt le potage clair aux pommes de terre écrasées, pris naturellement en quantités modérées. La panade, extrêmement claire, très cuite et passée, peut aussi être utilisée.

Le jus de viande, mais à doses suffisamment élevées, préparé avec deux cents à cinq cents grammes de viande et même la viande crue hachée et complètement écrasée constituent encore un aliment qui nous paraît indispensable dans tous les cas, grâce à sa facile digestibilité par l'estomac (Pawlow), et à sa très haute valeur nutritive. On choisit naturellement la viande de cheval qui ne renferme pas de parasites. Par contre, l'œuf, très mal supporté par le typhique, doit être complètement exclus de son régime.

On peut encore utiliser les farines alimentaires de l'enfance à base de blé, de riz, d'orge, etc... le bouillon dégraissé en petite quantité et surtout les jus de fruits, fortement sucrés : jus de raisin, jus d'oranges, de citrons, apportent l'aliment frais — les vitamines — nécessaire dans une aussi longue maladie. Le miel peut être aussi une précieuse ressource.

La quantité des boissons doit être considérable : le typhique doit boire beaucoup ; il faut donc ajouter aux aliments liquides précédents, de l'eau minérale : eau de Vichy, d'Evian ou des infusions chaudes. Toutes ces boissons doivent être sucrées non seulement avec du sucre ordinaire, mais aussi avec du lactose afin de favoriser la diurèse.

Quel que soit le régime employé, si le malade présente encore un météorisme exagéré, il faut le mettre à la diète hydrique pendant quelques heures à une journée, puis reprendre ensuite l'alimentation.

Les typhiques, ainsi nourris pendant la maladie, maigrissement beaucoup moins à la convalescence que ceux qui ont été soumis exclusivement à l'alimentation lactée. D'autre part, la convalescence est moins longue et la dépression nerveuse consécutive à la période aiguë est beaucoup moins marquée.

2° Traitement hydrothérapique. — Le bain froid constitue la méthode par excellence du traitement de la fièvre typhoïde. C'est à tort, comme nous le verrons, qu'on a voulu substituer le bain tiède ou chaud pour le rendre moins pénible.

C'est Brand qui a introduit la méthode du bain froid dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde ; elle a été vulgarisée en France par Glénard, Juhel, Rémy et Chantemesse. Dans la méthode initiale de Brand, quand la température est égale ou supérieure à 39° on plonge systématiquement toutes les trois heures, jour et nuit, le malade, pendant un quart d'heure, dans de l'eau à 18°.

© BIU Santé

Nous pensons que, hormis certains cas graves et exceptionnels, il est bon de supprimer un ou deux bains la nuit afin de laisser reposer le malade. Il est utile, en effet, que celui-ci puisse dormir et rester tranquille pendant six ou huit heures consécutives, car les petits soins incessants finissent, s'il n'y a pas de répit, par le fatiguer. D'autre part, la température de 18° indiquée par Brand est trop stricte : la température du bain doit être appropriée à celle du typhique et l'on peut dire que, plus la température de celui-ci est élevée, plus le bain doit être froid.

D'autre part encore, dans les formes traînantes et même dans tous les cas, il est bon de donner le bain même lorsque la température rectale est de 38°5 et d'abaisser ainsi d'un demi-degré la limite fixée par Brand. Il faut commencer les bains à une température moyenne et le premier bain pourra être donné à 29° ou 30° ; on le refroidit légèrement pendant le cours de l'immersion : les bains suivants, doivent être, selon la pratique de Chantemesse, donnés à 24° ; mais dans les formes graves et hyperpyrétiques, lorsque la température dépasse 40°, on peut abaisser encore la température du bain et le donner à 22°, 20° et même au-dessous.

Le bain doit être donné de la façon suivante : le malade étant dépouillé rapidement de ses vêtements, est plongé dans l'eau à 24° de telle façon que son corps plonge complètement dans l'eau, y compris les épaules ; seule, la tête que l'on recouvre d'une compresse ou d'un grand mouchoir plié doit émerger et l'on verse immédiatement sur elle un broc d'eau froide de 10 à 12 litres, à la température de 10° en mettant le bord cubital de la main sur le haut du front afin d'éviter que l'eau ne coule brutalement dans les yeux. Puis, on fait boire le malade. Au bout de cinq à huit minutes, on renouvelle l'administration du broc d'eau froide sur la tête de la même façon et l'on fait de nouveau boire le malade ; puis on verse un troisième broc au moment de sortir le malade du bain, c'est-à-dire au bout de dix minutes à un quart d'heure.

A ce moment, le malade commence à frissonner : on le sort vivement du bain et on le porte sur un lit garni d'une toile cirée, d'une couverture et d'un drap superposés ; on l'enveloppe sans l'essuyer dans le drap et dans la couverture et on le laisse frissonner et se réchauffer par ses propres moyens. Au bout de dix minutes, on prend sa température rectale qui, en général, s'est abaissée de un degré à un degré et demi ; puis on l'essuie en ayant soin de ne pas frotter le ventre ; on lui passe sa chemise et on le recouche dans son lit après l'avoir poudré.

On reprend la température trois heures après et on donne de nouveau un bain si elle est à 38°5.

L'action apparente du bain paraît donc être un abaissement de la température ; pourtant, il n'en est pas ainsi et Chantemesse, qui a bien étudié cette question, nous a montré que l'action réelle du bain aboutissait à une élévation thermique ou plutôt, que le bain forçait le malade refroidi, à faire un accès de fièvre. En effet, dès que le malade est plongé dans l'eau, sa température commence à baisser et descend très bas ; lorsqu'on le sort du bain, il n'a quelquefois que 36° à 35°, et même moins, l'écart étant d'autant plus considérable que la température du malade était plus élevée et celle du bain plus basse. Dès que le malade reporté dans son lit commence à frisonner, sa température remonte et si, dix minutes après, elle n'a pas encore atteint le chiffre antérieur au bain et parait moins élevée, elle continue encore à monter, dépasse la température antérieure au bain de 1/2°, parfois davantage, puis redescend lentement au niveau où elle était avant le bain. Il en résulte donc que le bain a forcé le malade à faire un accès fébrile et si Brand a conseillé de prendre la température dix minutes après la sortie du bain, c'est pour faire constater un abaissement thermique qui n'est qu'apparent.

On conçoit donc que l'action du bain soit d'autant plus intense et d'autant plus efficace que celui-ci est plus froid ; aussi, cette constatation suffit à condamner sans appel l'emploi du bain tiède et du bain chaud.

Pour comprendre, dans ces conditions, l'action du bain froid, il faut se rappeler que la fièvre paraît un élément indispensable au typhique. Elle ne traduit pas, en effet, un état de souffrance mais bien une réaction salutaire par laquelle le malade se défend contre l'infection. En provoquant ainsi, par le bain, plusieurs accès de fièvre dans la journée, on force le malade à réaliser lui-même et de façon naturelle l'effort nécessaire utile pour arriver à la fièvre et l'on provoque ce moyen de défense naturelle. Sous l'influence de la balnéothérapie froide on voit qu'en vingt-quatre heures, la température moyenne a baissé de un demi à un degré (1) : la langue est plus humide, le malade moins prostré, les urines sont plus abondantes, le sommeil plus calme ; le cœur est plus régulier, plus fort, la congestion pulmonaire a moins de tendances à s'installer ; dès la première journée de l'application des bains, le malade est transformé.

Cette médication doit être employée aussi précocement que possible dans la fièvre typhoïde : en l'appliquant dès le début, on met certainement le malade dans un état plus favorable pour résister à l'intensité de l'infection, on prévient beaucoup de complications et la maladie évolue presque toujours sans incidents notables.

La bronchite et la congestion pulmonaire, quand elles existent, ne contre-indiquent pas le bain, au contraire ; la myocardite non plus. Cependant, lorsque le cœur est particulièrement faible, il est bon de faire précéder chaque bain, cinq minutes avant d'immerger le malade, d'une piqûre de caféine, mais à petites doses, 5 centigrammes, afin de pouvoir renouveler l'injection plusieurs fois dans la journée. Ces piqûres seront cessées dès que l'état du cœur deviendra plus satisfaisant. L'hémorragie intestinale n'est une contre indication absolue au bain froid que lorsqu'elle est très abondante : on est alors conduit à supprimer les bains pendant un jour ou deux et à les reprendre lorsque l'hémorragie a diminué. Mais si, comme il arrive le plus souvent l'hémorragie est très minime, et ne s'accompagne pas de retentissement sur l'état général, d'accélération du pouls, de chute de la température, on se contente de supprimer un bain ou deux et, lorsqu'on s'est rendu compte qu'il s'agit d'une hémorragie minime, qui ne se prolonge pas, on reprend les bains. La seule contre-indication qui commande la suppression de la balnéothérapie est la perforation intestinale.

Cependant, il est une variété de fièvre typhoïde dans laquelle le bain froid doit être supprimé temporairement : c'est la forme dans laquelle la température, au lieu d'être normalement entre 39° et 40°, à la période d'état, reste autour de 38°, bien que le malade soit dans un état typhoïde profond et qu'il ait même du sub-délire. Nous avons vu qu'il est nécessaire pour le typhique d'avoir de la fièvre et, quand elle manque, pour la faire réapparaître, il vaut mieux employer le demi-bain chaud de

(1) Lorsqu'on prend la moyenne des huit températures prises dans les 24 heures, on voit que, quels que soient les écarts qui se produisent d'un jour à l'autre, on a toujours un chiffre moyen équivalent pendant toute la période d'état, puis, au stade amphibole, une courbe régulièrement descendante.

© BIU Santé

Chantemesse que le bain froid. En présence d'une telle forme, on donnera donc, toutes les heures et demie, un bain de la façon suivante, on met dans la baignoire de l'eau à 40° de telle façon que le typhique, une fois assis n'ait de l'eau que jusque la ceinture ; on y plonge le malade et, immédiatement, on lui verse sur la tête un grand seau d'eau froide, à 10°. On le retire immédiatement après, et on le reporte sur son lit où on l'enveloppe. Sous l'influence de ce bain, la température s'élève d'abord puis elle s'abaisse et remonte enfin, généralement, un peu plus haut qu'elle n'était avant le bain. Au bout de cinq ou six bains de cette nature, quelquefois, davantage, il faut, dans ce cas, pratiquer les bains même la nuit — la température, prise avant le bain, remonte à 39° ou 39°5 ; on attend alors quelques heures et, si la température se maintient à ce niveau, on reprend les bains froids. Il est remarquable de voir les malades, sous l'influence de cette médication, changer d'aspect : le délire s'atténue, l'état typhique est moins profond, bref, on a remis le malade dans l'état habituel d'un typhique en période d'état.

Dans les cas de fièvre typhoïde moins sévère on peut substituer aux bains froids la méthode des affusions ou des enveloppements froids : le malade, couché sur une toile cirée, dans son lit et entièrement nu, est lotionné pendant une ou deux minutes avec une grosse éponge imbibée d'eau froide légèrement vinaigrée, puis on l'enveloppe comme après le bain.

L'enveloppement dans le drap mouillé se fait de la même façon le drap mouillé étant étendu sur la toile cirée, on place le malade dessus et on l'entoure dans le drap pendant quelques minutes. L'effet obtenu est le même qu'avec le bain froid mais avec une intensité incomparablement moins grande. Aussi, la méthode n'est-elle applicable que dans les cas moyens ou légers ou lorsqu'il y a impossibilité absolue de donner des bains.

L'action du bain doit être complétée par l'emploi du lavement froid ; tous les jours, dans l'intervalle de deux bains, on administre au malade un lavement d'un demi-litre d'eau très légèrement salée à cinq pour 1000, à la température de 15° à 20°. Ce lavement, non seulement peut jouer dans une certaine mesure le même rôle que le bain, au point de vue de la fièvre, mais il sert surtout à exonérer régulièrement l'intestin à la même heure et est utile, aussi bien pour la constipation que pour la diarrhée.

Le météorisme et les contractions intestinales étant les symptômes les plus redoutables, le médecin doit s'attacher à les combattre avant même qu'ils ne se produisent. Nous avons vu, à ce propos, l'importance du régime alimentaire ; il faut, en outre, *appliquer systématiquement et pendant toute la durée de la maladie une vessie de glace de très grandes dimensions sur l'abdomen* aussi bien au niveau de la fosse iliaque droite que sur la région médiane et même sur la fosse iliaque gauche : la vessie, remplie de gros morceaux de glace jusqu'en haut et vidée d'air avant d'être bouchée, puis essuyée et largement saupoudrée de talc, est appliquée à plat sur le ventre, séparée de la peau par une feuille de flanelle suffisamment épaisse pour que l'application de la glace n'entraîne pas d'escarre. La vessie doit reposer sur le ventre par son propre poids ; elle s'étale ainsi beaucoup mieux et ne doit jamais être suspendue à un cerceau ; elle est maintenue en place par une serviette ou une alèze passée sous les reins du malade et attachée en avant. Cette vessie doit être laissée en permanence jour et nuit ; on l'enlève au moment de chaque bain et on la remet lorsque la malade est rhabillé. Il faut, naturellement, vider et recharger la vessie plusieurs fois par jour.

III. — Opportunité des médicaments a employer. — Dans une fièvre typhoïde évoluant normalement il n'y a aucun médicament à donner, mais de petits incidents ou de petites complications peuvent poser des indications particulières.

Lorsque la diarrhée est très abondante, profuse, on peut avantageusement administrer au malade trois ou quatre grammes de bismuth en 24 heures, pendant quelques jours. On cesse dès que la diarrhée a cédé. Si celle-ci tend à persister, on mettra le malade, pendant une demi-journée, à la diète hydrique et l'on associera au bismuth la poudre de charbon, surtout s'il y a du météorisme. Ces médicaments suffisent le plus souvent ; pourtant, s'ils ne donnaient pas de résultats au bout de trois ou quatre jours, on est autorisé à employer l'acide lactique vanté autrefois par Hayem. On ne donne plus guère la classique limonade lactique ; l'acide lactique agit mieux lorsqu'il se produit à l'état naissant dans l'intestin : dans ce but, on peut donner un ferment lactique : le biolactyl liquide, associé au lactose qu'il faut toujours donner simultanément à la dose de vingt à cinquante grammes par jour. On sait que l'acide lactique, dans l'intestin, modifie la flore microbienne intestinale en supprimant toutes les espèces microbiennes qui ne sont pas acidophiles, en particulier les germes putrides de la fermentation. Il importe de ne pas continuer pendant longtemps la médication lactique : elle ne doit trouver son emploi que pendant quelques jours car l'introduction de l'acide lactique dans l'organisme favorise la désassimilation des phosphates et de la chaux, et aboutit à la longue à une décalcification de l'organisme. Aussi, sans se priver du bénéfice de la méthode pendant quelques jours, faut-il ne pas aller jusqu'à provoquer ces inconvénients très fâcheux dans une maladie où la désassimilation a déjà trop de tendances à se faire.

Le cœur doit être très surveillé chez les typhiques mais, mieux que tous les médicaments, *une vessie de glace, appliquée sur la région précordiale* — séparée de la peau par une feuille de flanelle ralentit son rythme, renforce sa contraction : aussi, doit-elle être utilisée très souvent, soit d'une façon intermittente, soit d'une façon continue, si l'état du cœur l'exige. Le seul médicament cardiaque utile dans cette maladie paraît être la caféine, malgré l'ostracisme qui l'a frappée pendant longtemps et qui parait injustifié. Mais il faut l'employer en piqûres et à petites doses de cinq à dix centigrammes comme nous l'avons dit, avant le bain et seulement quand l'état du cœur l'exige. Son action rapide permet au malade de supporter le bain sans danger dans les périodes où le cœur donnerait quelques inquiétudes ; l'huile camphrée peut aussi être utilisée, mais son action est beaucoup moins rapide que celle de la caféine. Il ne faut pas l'employer systématiquement avant que l'état du cœur ne l'exige ; il ne faut pas non plus en prolonger l'emploi trop longtemps et sans mesure. Elle ne doit pas être administrée à hautes doses comme trop malheureusement la coutume est répandue, mais à petites doses d'un ou deux centimètres cubes d'huile éthérée camphrée au dixième, sinon on aboutit à une irritation du cœur à de la tachycardie, des douleurs et même des extra-systoles. *Quant à la sparteine, qui est un dépresseur du cœur, elle est absolument à éviter ainsi que tous les autres tonicardiaques.*

Nous en dirons de même des autres médicaments, tels que la strychnine, trop souvent employée aussi, et qui n'a comme résultat que d'exagérer l'état spasmodique, de rigidité des muscles du typhique ; même à très petites doses, elle ne peut trouver qu'exceptionnellement son

© BIU Santé

emploi d'une façon transitoire et à des doses ne dépassant pas un demi-milligramme par jour.

Rappelons que le pyramidon, la quinine et le quinquina doivent être absolument bannis de la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

A la fin de cette maladie, des purgatifs légers, à l'huile de ricin à petite dose, peuvent, par contre, trouver leur emploi. Il est à supposer que leur heureuse influence à cette période de la maladie pour hâter une défervescence trop lente — influence constatée par tous les cliniciens — vient de ce que ces purgatifs favorisent la pullulation du bactériophage naturel curateur.

Parmi les petites complications susceptibles de survenir au cours de la maladie, certaines exigent un traitement particulier. L'hémorragie intestinale, si elle est légère, ne réclame que la suppression du bain pendant quelques heures. Lorsque l'hémorragie est très abondante, la diète hydrique s'impose et il faut pratiquer le plus tôt possible une injection sous-cutanée de un milligramme d'adrénaline. L'immobilité absolue doit être de règle jusqu'à ce que l'hémorragie soit arrêtée.

Le délire, lorsqu'il est très intense, peut être combattu soit par la teinture de musc, qu'on ajoute au lavement, à la dose de XV à XX gouttes ; on peut employer aussi, avec Chantemesse, la teinture d'arnica, à la dose de XV gouttes, par la bouche. Ce sont les seules médications qui doivent être utilisées *Les stupéfiants, comme le chloral, l'opium, sont absolument contre-indiqués.*

Rappelons qu'il faut éviter à tout prix que le malade s'asseye lui même dans son lit pendant tout le cours de la maladie ; c'est à cette occasion, en effet, que l'on peut voir une complication, rare il est vrai, mais fort ennuyeuse : la rupture du droit.

Dans certaines formes de fièvre typhoïde, il y a des vomissements tenaces qui empêchent l'alimentation ; il faut alors faire arriver les médicaments ou les aliments directement dans l'estomac ; pour cela, on emploie une sonde fine, que l'on fait pénétrer par les fosses nasales et l'œsophage jusque dans l'estomac. Les aliments : bouillon de légumes, lait coupé, décoction de céréales, seront alors donnés glacés à plusieurs reprises dans la journée. Si la diarrhée coexiste avec cet état (forme pseudo-cholérique) on fait pénétrer de cette façon un lait de bismuth, auquel, dans ce cas, on est autorisé à associer IV ou V gouttes de laudanum.

Traitement bactériologique. — Les traitements sérothérapiques ou bactériologiques que l'on a proposés pour combattre la fièvre typhoïde n'ont pas donné les résultats que l'on en attendait.

Le sérum antityphique de Chantemesse qui avait semblé donner, entre ses mains, des résultats favorables, n'est plus employé aujourd'hui.

Les différents vaccins : bacilles tués par la chaleur, par l'iode, par l'éther, etc.,. n'ont pas non plus donné de résultats bien convaincants. Il semble cependant que, dans certains cas, on obtienne une défervescence passagère avec certains d'entre eux ; mais ils doivent être maniés avec prudence, car, après inoculation, ils peuvent provoquer des réactions hypothermiques fort graves qui ont, dans quelques cas, déterminé un collapsus mortel ; d'où la nécessité de ne les employer que chez les individus résistants, jeunes et dont la maladie n'est pas trop sévère. Par contre, il faut rigoureusement s'en abstenir au cours de toute fièvre typhoïde particulièrement grave, chez les vieillards, les débilités, les nourrissons, parce que c'est justement dans ces formes que l'on peut observer des accidents graves.

Par contre, l'emploi du bactériophage de d'Hérelle paraît appelé à donner des résultats bien supérieurs. Ceux obtenus jusqu'à présent, s'ils sont encourageants ne sont pas, à vrai dire, bien probants ; mais il nous semble qu'il faut savoir manier la méthode, appelée, d'autre part, à des améliorations. Depuis que nous-même et Hauduroy, avons appliqué le bactériophage au traitement de la fièvre typhoïde, quelques auteurs, en particulier Richet fils, ont obtenu des résultats favorables.

Sous l'influence de cette méthode, on constate parfois une défervescence rapide en deux jours ; parfois aussi, avec cette défervescence, la disparition complète du bacille d'Eberth ou paratyphique dans les selles, c'est-à-dire la guérison complète. Mais à côté de ces beaux résultats. il y a des échecs. En examinant de près les choses, il semble bien que cette guérison bactériophagique et l'apyrexie définitive ne soient justement obtenues que lorsqu'on applique la méthode soit à des formes un peu anormales, en particulier le colo-typhus, ou bien dans les formes normales, lorsqu'on l'applique à la fin de la période d'état au moment où s'amorce la défervescence, dont on accélère ainsi l'évolution. Dans un cas. nous avons vu le bactériophage, appliqué au début de la période d'état, provoquer une chute de température en quarante-huit heures ; puis la fièvre est remontée lentement et le malade, ainsi artificiellement guéri, a fait une rechute. Ce fait réalise, en quelque sorte expérimentalement, ce que l'on observe souvent en clinique, à savoir : qu'une fébricule typhoïde courte, naturellement avortée, est presque toujours suivie d'une rechute de gravité variable, tandis que la fièvre typhoïde évoluant normalement, avec un stade amphibole bien marqué, n'est que rarement suivie de rechute. Le bactériophage, appliqué trop tôt, paraît susceptible de guérir, mais incomplètement ; il détruit bien, momentanément, le bacille d'Eberth, mais il paraît, en quelque sorte, à la période d'état, sans action sur la cause qui fait pulluler celui-ci. Mais, lorsque celle-ci commence à s'épuiser vers la fin de la période d'état, le bacille d'Eberth peut encore causer des méfaits avant que la guérison naturelle par le bactériophage n'intervienne. En administrant à ce moment artificiellement le bactériophage, on peut agir mieux et plus sûrement, semble-t-il ; ainsi le maniement de cette thérapeutique demande de la patience pour attendre le temps opportun de l'appliquer.

La bonne technique, dans ce but, nous paraît être la suivante : le bacille d'Eberth, étant isolé par hémoculture, du sang du malade, on adapte un bactériophage, conservé au laboratoire, à lyser ce bacille d'Eberth : cette adaptation demande parfois quelques jours ; lorsqu'elle est complète, on prépare le lysat bactériophagique prêt à être injecté et l'on attend le moment opportun pour le faire. Par contre, si l'on a attendu, pour isoler le bacille d'Eberth, ce moment opportun, il survient naturellement un retard qui peut être préjudiciable à l'emploi de la méthode. Quand les choses se présentent ainsi, s'il s'agit d'un cas sérieux mais parvenu à la fin de la période d'état, on est autorisé à employer un bactériophage polyvalent c'est-à-dire un bactériophage adapté à plusieurs variétés de bacille d'Eberth, isolées d'autres cas de fièvre typhoïde légitime. Ce n'est, à notre avis, que tout à fait exceptionnellement que l'on serait conduit à appliquer le bactériophage au début ou au milieu de la période d'état.

Cette application suppose l'inoculation sous-cutanée de deux à quatre centimètres cubes de lysat, la prise par la bouche de dix centimètres cubes de lysat et, enfin,

© BIU Santé

l'administration, en lavement, d'une même quantité, soit dix centimètres cubes. Cette triple application doit être faite dans la même séance. Il est bon de la renouveler à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle ; mais, point sur lequel nous avons déjà insisté à plusieurs reprises dans d'autres publications, il ne faut pas continuer les injections sous peine de déterminer chez le malade une sensibilisation qui serait l'opposé du but cherché. Tout au plus peut-on donner le bactériophage pendant quelques jours encore, par la bouche.

Une précaution essentielle et dont l'oubli fut la cause d'un échec, dans un cas que nous avons traité avec Cordey, est la suppression absolue des médicaments, en particulier, du quinquina, de la quinine et de ses dérivés qui, comme on le sait, détruisent le bactériophage.

La méthode est absolument inoffensive : elle ne donne pas de réactions violentes, tout au plus, dans certains cas, un demi à un degré de fièvre dans les heures qui suivent, fait d'ailleurs très rare. Le plus souvent, la réaction se borne à une crise sudorale plus ou moins abondante, survenant deux à quatre heures après la piqûre.

L'intérêt de cette méthode nous paraît indiscutable ; elle nous permet de provoquer artificiellement, si elle se confirme, le processus de guérison naturelle de la maladie, processus naturel qui n'est point brutal, rapide et précoce, mais qui, au contraire, est lent, tardif, et nécessite toute l'évolution de phénomènes préalables que nous ne savons pas réaliser.

Les médecins, qui ont été gâtés par la sérothérapie diphtérique, dont l'action est immédiate et entraîne la guérison presque instantanée, se figurent trop volontiers que toutes les autres infections sont justiciables de moyens analogues. Malheureusement, il n'en est rien ou nous en ignorons les procédés. La fièvre typhoïde est justement une maladie au cours de laquelle cette guérison rapide et brutale n'est pas la règle et paraît difficile à obtenir.

Pour toutes ces raisons, le rôle du médecin dans la fièvre typhoïde est de mettre les malades dans les meilleures conditions pour qu'ils assurent eux-mêmes leur guérison naturelle par évolution normale et sans complications de leur maladie, et cela par une diététique bien choisie, l'emploi des bains froids pour stimuler la défense des malades et même par le bactériophage appliqué judicieusement à l'époque opportune.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Sérums et vaccins en thérapeutique oculaire

Rapport présenté par MM. J. Chaillous et L. Cotoni.
le 16 novembre 1924.

I. **Notions générales sur les sérums et les vaccins.** — Les auteurs du rapport font observer que l'arsenal thérapeutique est encombré aujourd'hui par une foule de produits d'origine microbienne, vaccins et sérums, sur la valeur curative desquels il est souvent difficile aux praticiens d'avoir une opinion véritablement fondée. La complexité des recherches bactériologiques, la variété extrême de ces produits préparés avec les microbes les plus différents, selon des techniques multiples, expliquent cette difficulté. Dans un chapitre préliminaire du rapport, on expose brièvement quelle suite d'observations cliniques fort anciennes et de recherches expérimentales nous a amenés aujourd'hui à l'emploi courant des vaccins et des sérums : tentatives d'immunisation contre la variole (variolisation), vaccination antivariolique de Jenner, découvertes de Pasteur permettant l'atténuation artificielle de certains virus, études ultérieures concernant la vaccination des maladies infectieuses. Pareillement, les expériences de Maurice Raynaud (1877) sur la vaccine de la vache, de Richet et Héricourt sur l'immunité conférée aux lapins au moyen du sérum de chiens infectés par le staphylocoque, précèdent la découverte des sérums antitoxiques par Behring et Kitasato, Roux et Yersin. A quelques mots sur la séro-vaccination et la bactériothérapie, fait suite, un court exposé des différentes espèces d'immunité (immunité naturelle, immunité acquise par le malade, l'hérédité, la lactation, les vaccins et les sérums). enfin, ce premier chapitre se termine par l'exposé du mode d'emploi des agents thérapeutiques en question, notamment leurs diverses voies d'introduction dans l'organisme ; des termes employés d'une façon courante sont définis, tels que stock et auto-vaccins, vaccins et sérums mono et polyvalents.

II. — **Sérums, vaccins, et tuberculines dans la tuberculose oculaire.** — Sauf exception rare, la tuberculose oculaire est une tuberculose secondaire, et on doit tout d'abord rechercher quels sont les résultats obtenus dans la tuberculose, affection généralisée ou à foyers multiples par les sérums, les vaccins, et par la tuberculine. Expérimentalement, chez l'animal, aucun sérum, quelle que soit sa fabrication, n'a prouvé son efficacité. Et on doit se demander, si les améliorations constatées chez l'homme, après l'emploi des sérums tuberculeux, ne sont pas de celles que l'on peut observer après toute injection de sérum ou d'eau salée. On n'a pas été plus heureux, jusqu'à présent, dans les essais de vaccination antituberculeuse.

Mais c'est surtout d'extraits microbiens, connus sous le nom de tuberculine, que l'on s'est servi pour le traitement de la tuberculose animale ou humaine. Actuellement, la tuberculinothérapie est surtout employée dans les tuberculoses locales (lupus), dans les lésions superficielles et peu étendues, mais « la coexistence d'une lésion pulmonaire même torpide est une contre-indication absolue à la tuberculinothérapie réactionnelle (Rist). Pourtant, la tuberculine a été très employée en thérapeutique oculaire. La lecture des observations de tuberculinothérapie oculaire prouve que, le plus souvent, le caractère tuberculeux des lésions traitées est affirmé, mais n'est pas prouvé. Par contre, dans la tuberculose oculaire confirmée, on reconnaît soit l'inefficacité de la tuberculine, soit les dangers des réactions locales qu'elle doit provoquer pour être un agent thérapeutique. Et que penser d'une méthode de traitement qui pour les uns donne 3 % de guérison. et pour d'autres 75 %. Les auteurs notent de récents essais de tuberculinothérapie par ingestion ou par applications dermiques et intradermiques. Pour MM. Chaillous et Cotini, la tuberculinothérapie trouve surtout son indication dans certains cas de tuberculose du segment antérieur de l'œil, certaines lésions de kératite ou de sclérokératite, et l'emploi de la tuberculine devra être assez prudent pour provoquer une réaction locale suffisante, sans occasionner une réaction générale dangereuse.

III. **Vaccins et sérums dans les complications oculaires de l'infection gonococcique.** — La conjonctivite gonococcique, est la plus fréquente des complications oculaires de l'infection gonococcique et on connaît la gravité de son pronostic aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte. Si, en France, cette affection est devenue assez rare, dans certaines contrées et dans quelques-unes de nos colonies, il se produit de temps à autre de véritables épidémies de conjonctivite gonococcique, frappant des centaines de sujets et faisant nombre d'aveugles. On comprend donc, avec quels espoirs, on a utilsé dans les conjonctivites à gonocoques, la vaccinothérapie et la sérothérapie. En 1913, on a rapporté les excellents résultats obtenus avec le vaccin de C. Nicolle et E. Blaizot dans les conjonctivites à gonocoques. Par contre, d'autres auteurs n'obtinrent pas les mêmes succès par l'emploi du même vaccin et actuellement la sérothérapie semble plus en faveur que la vaccinothérapie, dans la conjonctivite gonococcique.

Chez l'homme, le sérum de M. Nicolle, qui a fourni des résultats favorables absolument indiscutables dans les complications de la blennorrhagie, telles que les arthrites et les infec-

© BIU Santé

tions généralisées, a eu des résultats inconstants dans les cas de conjonctivite gonococcique.

Depuis quatre ans, en France, et surtout à Paris, on a employé dans les mêmes complications de la gonococcie le sérum de Stérian, préparé à l'aide du pus blennorrhagique injecté dans le testicule et dans la cavité péritonéale des chevaux. Quand on parcourt les différentes observations publiées sur l'emploi du sérum de Stérian dans la conjonctivite gonococcique, on ne peut admettre comme évidente l'assimilation qui avait été faite entre le sérum antidiphtérique et le sérum de Stérian. En effet, dans la majorité des cas, le sérum de Stérian n'a pas été employé seul, et dans un grand nombre de cas, il n'a pas diminué la durée moyenne de l'affection, telle qu'on l'observait avant l'emploi du sérum. Mais, il faut reconnaître également, que chez les malades traités à temps par le sérum de Stérian, les complications si redoutables, dues aux kératites et aux ulcérations de la cornée, sont devenues exceptionnelles. Par ailleurs, il ne semble pas prudent de conseiller dès maintenant l'abstention de tout traitement local qui, conduit prudemment, ne peut que contribuer à guérir les malades, le sérum de M. Nicolle qui présente des propriétés antigonococciques décelables *in vitro*, mériterait d'être encore expérimenté.

Dans l'iritis gonococcique, la sérothérapie devra être employée en même temps que la thérapeutique locale des iritis.

IV. **La sérothérapie et la vaccinothérapie dans les infections oculaires d'origine pneumococcique.** — MM. Chaillous et Cotoni rappellent tout d'abord les travaux de Roemer sur la sérothérapie dans l'ulcère à pneumocoques, et les recherches cliniques auxquelles elles ont donné lieu. Pour certains auteurs, le sérum de Roemer n'est efficace que s'il est employé à haute dose ; pour d'autres, ce même sérum ne peut jouer qu'un rôle auxiliaire par rapport au traitement local qui est considéré comme indispensable.

Vient ensuite l'étude du sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur de sa fabrication et de ses modes d'administration dans les cas d'infection pneumococcique. C'est à l'aide de ce sérum que les rapporteurs, reprenant les expériences de Roemer, ont étudié expérimentalement la sérothérapie dans la kératite pneumococcique du lapin. Le sérum administré par voies diverses (sous la conjonctive, dans les muscles, dans les veines) ne semble pascapable d'arrêter l'évolution des lésions cornéennes.

Chez l'homme, dans le traitement de l'ulcère infectieux pneumococcique de la cornée, le sérum ne pourra être qu'un adjuvant au traitement local et on se rappellera que les bons effets parfois signalés l'ont été avec des doses élevées de sérum.

Dans le même chapitre, les rapporteurs étudient les effets des sérums et des vaccins dans le traitement de l'infection des plaies opératoires ou accidentelles du globe oculaire. La sérothérapie et la vaccinothérapie préventive sont, à leur avis, dignes d'être expérimentées. mais elles ne devront pas empêcher les soins locaux, toujours recommandables.

Les faits publiés jusqu'ici sur l'emploi de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antipneumococcique, dans les infections opératoires ou traumatiques de l'œil sont peu probants. Ils sont peu nombreux du reste ; les complications opératoires étant devenues rares et les blessés arrivant souvent à une période trop tardive, pour que l'on puisse traiter efficacement les plaies infectées dont ils sont atteints. En pratique, il sera préférable d'adjoindre au traitement local la sérothérapie dont l'emploi sera basé, si possible, sur les résultats de l'étude bactériologique de la plaie infectée.

V. **Sérothérapie antitétanique** — Dans la pratique ophtalmologique, le tétanos est rare. Mais le pronostic de cette complication des plaies oculo-orbitaires est d'une telle gravité, qu'en présence de certains de ces traumatismes, on ne doit pas oublier la possibilité des complications tétaniques. D'après un récent travail, sur 22 cas de tétanos consécutif à des lésions oculaires, il y a eu 18 morts. Et l'injection préventive du sérum antitétanique est nécessaire dans les plaies orbito-oculaires produites par un corps vulnérant suspect d'avoir été souillé par la terre, les poussières du sol, le fumier, etc. En cas de tétanos déclaré, on devra recourir sans tarder à la sérothérapie antitétanique à doses massives.

VI. **La sérothérapie daus les complications oculaires de la diphtérie.** — Un des résultats de la sérothérapie antidiphtérique, soit préventive, soit curative, a été de raréfier les cas de conjonctivite diphtérique, complication devenue exceptionnelle. Toutefois, en présence d'une conjonctivite à fausses membranes qui s'accompagne d'une infiltration marquée des paupières, d'une adénopathie préauriculaire ou sous-maxillaire, d'un mauvais état général, on doit faire immédiatement une injection de sérum antidiphtérique, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique. On doit injecter d'emblée 40 à 50 cc. de sérum. Les instillations de sérum sur la conjonctive malade ont été conseillées, elles ne semblent pas accroître l'efficacité du traitement sérothérapique, par voie sous-cutanée ou intra-musculaire.

La sérothérapie dans les paralysies oculaires d'origine diphtérique et, en particulier, dans la paralysie de l'accommodation est plus discutée mais, la majorité des auteurs la conseillent, même dans les cas où il y a eu sérothérapie antérieure.

VII. — **La sérothérapie et la vaccinothérapie dans les infections staphylococciques et streptococciques de l'œil et de ses annexes.** — La vaccinothérapie a été utilisée avec succès, surtout chez des malades atteints d'orgelets récidivants ou de furonculose des paupières. On conseille d'employer d'abord les stocks-vaccins, puis celui des auto-vaccins. On se rappellera que Besredka recommande, dans les affections staphylococciques, l'emploi de compresses imbibées de cultures filtrées de staphylocoques.

En raison de la bénignité des affections oculaires d'origine streptococcique, la sérothérapie antistreptococcique ne semble guère employée en ophtalmologie. Il pourrait être indiqué de l'employer, à titre préventif, chez des malades sujets à de fréquentes poussées inflammatoires, à type érysipélateux, des régions orbito-palpébrale et lacrymale.

VIII. — **Sérothérapie et vaccinothérapie dans les complications oculaires de la méningite cérébro-spinale.** — Au cours de l'infection méningococcique, il n'est pas exceptionnel d'observer une complication oculaire redoutable, l'irido-choroïdite méningococcique. Elle évolue d'ordinaire unilatérale, comme une lésion inflammatoire d'allure modérée, mais elle aboutit presque toujours à la cécité. Sans se leurrer d'un espoir que de multiples expériences ne légitiment pas, on pourra faire, eu cas d'infection oculaire par le méningocoque, une injection de sérum antiméningococcique dans la chambre antérieure, mais c'est surtout le traitement énergique par le même sérum qui préviendra, dans la majorité des cas, des complications d'un si grave pronostic.

IX. — **De l'autosérothérapie et de l'autohémothérapie en thérapeutique oculaire. Traitement de l'ophtalmie sympathique par le sérum de malades atteints antérieurement de la même affection. De la sérothérapie dans la conjonctivite.** — L'autosérothérapie a été surtout utilisée, dans les affections oculaires par MM. Rohmer, de Nancy. Ils ont rapporté les succès qu'ils ont obtenus, grâce à cette thérapeutique, dans de nombreuses affections oculaires : ulcères graves de la cornée, infection post-opératoire, iritis, hyalite et certains cas de kératite parenchymateuse. Quel que soit le mécanisme de l'action des injections sous-conjonctivales d'autosérum, la simplicité et l'innocuité de la méthode doivent inciter à essayer cette thérapeutique ; ainsi que l'autohémothérapie.

L'injection du sérum de convalescents de certaines maladies infectieuses à des sujets menacés par la même affection ou atteints de la même maladie est une méthode actuellement à l'étude. Les rapporteurs rappellent à ce sujet, qu'en 1904, Zur Nedden injecta sous la peau d'un malade atteint d'une ophtalmie sympathique, 20 cc. de sérum d'un malade qui venait d'être atteint d'une ophtalmie sympathique ayant provoqué la cécité. Le malade guérit avec une bonne vision. La même méthode employée dans d'autres cas d'ophtalmie sympathique ne donne pas toujours les mêmes succès. Mais l'ophtalmie sympathique est une affection si grave, et son traitement si incer-

© BIU Santé

tain que l'on doit conseiller, le cas échéant, l'emploi du sérum d'un malade atteint antérieurement d'ophtalmie sympathique. Le donneur de sérum sera examiné avec le plus grand soin : il devra être indemne de tuberculose évolutive, de paludisme et de syphilis.

Jusqu'à présent la recherche d'un traitement du trachome n'a pas donné de résultats satisfaisants. Et les succès du traitement local des conjonctivites à diplobacilles et à bacilles de Weeks, ont rendu inutile l'emploi, dans ces affections, de la vaccinothérapie et de la sérothérapie.

X. — **Des accidents sériques.** — Dans un dernier chapitre les auteurs étudient les accidents consécutifs soit à une première injection de sérum, soit aux réinjections. Ils sont d'avis que le médecin ne doit pas être paralysé par la crainte exagérée des accidents sériques. Il ne faut jamais négliger l'injection de sérum si elle est indiquée ; quant aux accidents « on ne saurait les mettre en parallèle avec les risques que l'on fait courir au malade en ne le réinjectant pas ». (L. MARTIN.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1924.

La paralysie générale. Critérium humoral rachidien. Discussion thérapeutique. — MM. *Sicard et Hagueneau* ont étudié une nouvelle réaction du liquide rachidien vis-à-vis de l'or colloïdal qui permet de discriminer les cas de paralysie générale de ceux de syphilis cérébrale. Ils passent en revue les divers traitements appliqués à la maladie de Bayle (tryparsamide, inoculation malarienne) et concluent que les médications novarsénicales ou bismuthées associées aux pyrétogènes (nucléinate de soude, collobiase d'or, propidon, choc hémoclasique sérique) sont parmi les thérapeutiques, les plus favorables, non pour guérir la paralysie générale vraie, qui reste incurable, mais pour prolonger et fixer, dans la mesure du possible son processus évolutif.

Recherches sur le traitement de la paralysie générale et en particulier sur l'action du stovarsol. — MM. *Sézary* et *Barbé* apportent le résultat des recherches qu'ils poursuivent depuis plus de trois ans sur le traitement de la paralysie générale (129 malades ont 848 ponctions lombaires). Après avoir vérifié que les arsénobenzènes et le bismuth, en injections sous-cutanées répétées, ne donnent avec quelques améliorations momentanées que des résultats peu encourageants. ils ont cherché à provoquer la fixation de ces médicaments sur les cellules nerveuses en leur adjoignant des substances capables de produire un choc (sérum animal, nucléinate de soude) douées d'une affinité pour le système nerveux (cérébrocrinol, huile camphrée, gardénal pyramidon) les résultats n'ont pas été meilleurs.

En employant l'arsenic pentavalent sous forme de stovarsol, ils ont obtenu au contraire des arrêts de l'évolution, une atténuation ou une amélioration des symptômes avec une fréquence et une intensité inconnues avec les autres méthodes. Vingt-trois paralytiques généraux internés à Bicêtre ont reçu trois fois par semaine une injection intra-veineuse de 1 gr. 50 de stovarsol jusqu'à concurrence de 22 grammes par série et chacun d'eux a reçu plusieurs séries. Cinq de ses malades ont été simplement prolongés, onze sont très améliorés, quatre ont actuellement l'apparence de sujets normaux. Cependant parmi leurs réactions biologiques, seule la leucocytose a diminué ; l'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann ne semblent pas influencées. Les auteurs se défendent de parler de guérison, mais ils ont obtenu avec le stovarsol et chez des malades arrivés à une période déjà très avancée de leur affection des résultats qu'aucune autre méthode chimiothérapique n'est capable de donner.

Traitement du xanthome diabétique par l'insuline. — MM. *Chauffard, Brodin* et *Yovanovitch.* — Dans un mémoire paru en 1910 sur la pathogénie du xanthélisma, MM. Chauffard et Laroche émettaient l'hypothèse que le xanthome des diabétiques devait reconnaître pour cause le même trouble du métabolisme des graisses dû, selon toute vraisemblance, à une insuffisance lipolitique d'origine pancréatique.

L'observation rapportée par MM. A. Chauffard, P. Brodin et R. Yovanovitch apporte la vérification presque expérimentale de cette hypothèse. Il s'agit d'un homme de 50 ans, diabétique léger, atteint depuis plus d'un an d'un xanthome nodulaire typique occupant les coudes, les genoux, le cou-de-pied. L'examen du sérum sanguin a montré l'existence d'une hypercholestérinémie, fait déjà constaté dans plusieurs observations antérieures mais aussi une hyperlécithinémie et surtout une augmentation encore plus considérable du taux des graisses neutres du sang. A la suite d'un traitement par l'insulyl Roussel pendant un mois et demi à une dose journalière d'environ 60 unités le xanthome a à peu près disparu en même temps que se produisaient des modifications considérables du chimisme sérique ; la glycémie a été peu modifiée et a oscillé autour de 1 gr. 30 ; la cholestérine et la lécithine ont diminué dans la proportion des 3/4. Les graisses neutres ont baissé dans la proportion des 9/10es. L'insuline n'agit donc pas seulement sur le métabolisme des hydrates de carbone, son action porte également sur le métabolisme des graisses, lipoïdes et graisses neutres surtout.

Xanthome. Diabète et syphilis. — MM. *F. Ratbery* et *Gournay* rapportent l'histoire d'un malade atteint de diabète syphilitique et chez lequel évolua un xanthome typique. Le traitement antisyphilitique amena, en même temps qu'une augmentation considérable du coefficient d'assimilation hydrocarbonée, la disparition complète de la lésion cutanée qui réapparut d'ailleurs en même temps que la glycosurie sous l'influence d'écarts de régime. En dehors de l'intérêt que présente cette affection relativement rare de la coexistence non encore signalée jusqu'ici du xanthome et du diabète syphilitique, les auteurs voient dans cette observation un argument sérieux en faveur de la théorie qui place les troubles du métabolisme des graisses sous la dépendance des modifications de celui des hydrates de carbone.

Paralysie des IIe. IIIe. IVe, VIe paires crâniennes et syphilis. — MM *Babonneix* et *M. Lévy* présentent un malade atteint de paralysie des IIe, IIIe, IVe et VIe paires et de la branche ophtalmique de la Ve à gauche. Il existe aussi un peu d'exophtalmie du même côté. La cause de ces accidents semble devoir être recherchée moins dans une tumeur de l'orbite que dans une syphilis nerveuse. Ne constate-t-on pas un signe d'Argyll-Robertson bilatéral : La lésion ne peut qu'être basilaire, et siège, sans doute, juste en arrière de la fente sphénoïdale.

Gangrène et tuberculose pulmonaires. — MM. *G. Caussade, A Tardieu* et *G. Rosenthal* rapportent deux observations dans lesquelles la gangrène et la tuberculose sont associées.

La première, qui comporte une véritable intrication des deux processus, se caractérise par l'évolution torpide, pendant plusieurs années, d'une phtisie pulmonaire bénigne ; le début soudain et dramatique d'une gangrène parenchymateuse maligne et hyperthermique, avec issue fatale au bout de douze jours. L'autopsie décèle, au poumon gauche, une caverne tuberculeuse typique au sommet et, à la base, une vaste spétunque ayant tous les caractères classiques des lésions gangrèneuses. Cette excavation s'était produite par l'effondrement rapide d'un tissu pulmonaire tuberculeux, sous l'influence du processus gangrèneux. Autour du sphacèle coexistent des lésions bacillaires à type broncho-pneumonique avec nodules tuberculeux (cellules géantes, zone épithélioïde, caséum et bacilles de Koch). Cliniquement, la gangrène prédominait et le diagnostic de tuberculose concomitante ne fut posé, pendant la vie, que grâce aux recherches bactériologiques.

La seconde se caractérise, au contraire, par la coexistence d'une gangrène de Lasègue (sphacèle superficiel des parois, bronchiques) et d'une tuberculose méconnue. Evolution bénigne depuis dix ans, du processus gangrèneux bronchitique. Le diagnostic de tuberculose fut établi non seulement par les caractères morphologiques et la recherche de l'alcool et de l'acido-résistance ; mais encore par l'inoculation au cobaye, qui fut positive.

Les observations de gangrène et de tuberculose associées sont relativement rares et il est intéressant d'opposer ces deux variétés si différentes par leurs caractères évolutifs et leur pronostic.

René GIROUX.

© BIU Santé

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Pansement gras au taffetas chiffon

Il constitue le traitement de choix des :
Ulcères variqueux, brûlures, escarres sacrées.

Modification de la technique d'Alglave. Il a pour but de faire véritablement baigner la lésion dans le médicament choisi sans aucune interposition de gaze.

Il doit remplacer dans tous les cas le pansement à la gaze :

Adhère à la plaie ;
Traumatise les bourgeons ;
Les fait saigner ;
Fait souffrir le malade, toutes les fois que l'on renouvelle le pansement.

TECHNIQUE. — 1° Etendre sur les lésions, une couche de pommade *Inotyol*.

2° Etaler directement sur la pommade une feuille de taffetas chiffon, ou à défaut de taffetas gommé que l'on aura sté rilisé au préalable par immersion dans l'eau boulllante (laisser le taffetas deux minutes seulement daus l'eau bouillante).

3° Recouvrir le taffetas de gaze hydrophile, puis d'une mince couche de coton. Maintenir le tout par une bande de crêpe.

RÉSULTATS. — Traitement de choix des ulcères, brûlures et escarres, et de toutes les plaies atones en général.

Rapidement, on constate que la plaie baigne dans un liquide séreux, souvent louche, très riche en leucocytes.

Des bourgeons naissent nombreux. La plaie perd sa teinte triste, pour devenir rouge vivante.

L'épidermisation se fait normalement sur les bords.

APPLICATIONS. — A) Brûlures. Pendant les trois premiers jours, on se bornera à laver la plaie au sérum phy-

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures
L'IODOVASOGÈNE à 6 %
"L'IODOSOL"
Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"
à 33 1/3 et 50 °/o, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et agissant rapidement et sans irritation.
EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.
CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES
"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à SAINT-DENIS, *près* PARIS
Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

Thérapeutique sédative des Syndromes nerveux pathologiques

	INDICATIONS :	PRÉSENTATION :
GARDENAL Hypnotique, Puissant sédatif nerveux. Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Asiles de la Seine, les Hôpitaux et Asiles des Départements.	Épilepsie essentielle, Épilepsie Jacksonienne, Convulsions de la première enfance. Chorée, Tétanie infantile, Insomnies des Parkinsonniens, Insomnies rebelles des grands agités, etc.	En tubes de 20 comprimés à 0,10. — 30 — 0,05. — 80 — 0,01. (Ces derniers pour la thérapeutique infantile).
SONERYL Butyl-éthyl-malonylurée. Hypnotique analgésique.	*Hypnotique spécifique des insomnies causées par l'élément douleur :* Névralgies intercostales, névralgies dentaires, douleurs rhumatismales, coliques hépatiques et néphrétiques, goutte, sciatique, etc. Insomnies des pneumoniques.	En tubes de 20 comprimés à 0 gr. 10.
QUIETOL Bromhydrate de Diméthyl-amino-valéryloxyisobutyrate de propyle.	Nervosisme, Neurasthénie, Troubles nerveux de la menstruation et de la ménopause. Tachycardie, Fausse angine de poitrine. **Toutes les indications des valérianates.**	En tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50.
ALGOLANE Salicyldioxyisobutyrate de propyle.	Anti-rhumatismal externe non irritant. Succédané inodore du Salicylate de Méthyle.	En flacons stilli-gouttes de 15 grammes.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
Société anonyme au capital de 40 millions de francs
Siège social : 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS (3e)
R. C. Seine : 5.386.

© BIU Santé

siologique tiède, et on pansera au liniment oléo-calcaire ou à la vaseline stérile.

Au bout de trois jours on appliquera le pansement gras.

Ulcères variqueux. — Renouveler le pansement tous les jours.

Le malade fera pendant une heure par jour de la gymnastique (méthode de Jacquet).

Si les bourgeons sont exubérants, les toucher, à chaque pansement, au crayon de nitrate d'argent.

Escarres. — Crayonner les bords au nitrate, pour faciliter l'épidermisation.

Des bandes de leucoplaste rapprochant les lèvres de l'escarre, permettront de gagner rapidement quelques centimètres.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des sciences en France. — La science, depuis le début du dix-neuvième siècle, a, par ses applications diverses, bouleversé le monde, transformé les mœurs, multiplié les moyens d'action de l'homme et la puissance des nations qui ont introduit dans leur vie sociale et économique les découvertes de tous ordres.

Cet état de connaissances scientifiques ne s'est pas instauré tout d'un coup. Rechercher les origines du mouvement scientifique, suivre son développement, analyser et exposer ce qu'il est aujourd'hui, en un mot faire comprendre la civilisation moderne issue du mouvement scientifique est maintenant une nécessité indiscutable ; cet ordre de connaissances importe au plus haut point à la formation intellectuelle des générations futures. C'est pour répondre à ce besoin que M. Gabriel Hanotaux a réservé une place particulière à l'Histoire des sciences dans l'*Histoire de la Nation française* Les deux volumes qui y sont consacrés se répartissent comme il suit

Première partie, avec une introduction par M. Emile Picard, de l'Académie des sciences : Histoire des mathématiques, de la mécanique et de l'astronomie, par M. H. Andoyer, de l'Académie des Sciences ; Histoire de la physique, par M. Charles Fabry, professeur à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris. Histoire de la chimie, par M. Colson, professeur de chimie à l'École Polytechnique. Illustrations de B. Mestchersky (paru). 1 vol.

Deuxième partie : Histoire des sciences biologiques, par M. Maurice Caullery, professeur à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris ; Histoire de la philosophie française et de la philosophie des sciences, par M. René Lote, maître de conférences à l'Université de Grenoble. Illustrations de Salanville, 1 vol. (paraîtra en décembre).

L'Histoire de la Nation française formera 15 volumes in-4° (29 × 24) de 550 à 600 pages chacun, imprimés sur caractères neufs, magnifiquement illustrés de dessins originaux par des artistes hors pair. Tirages de luxe sur papier de fil et réimposés pour les bibliophiles. Il paraît deux volumes par année.

Volumes parus (1er octobre 1924) :

La Géographie humaine de la France, première partie ; Histoire politique, première et deuxième parties ; Histoire des lettres, première et deuxième parties ; Histoire religieuse ; Histoire des arts ; Histoire des sciences, première partie. Chaque volume broché : 50 fr.

Les sept volumes déjà parus sont envoyés de suite aux souscripteurs.

Prix par souscription : en volumes brochés, 660 fr. ; en volumes reliés richement en cuir racine, 1.100 fr. ; payables 30 fr. par mois.

Librairie Plon-Nourrit, 8, rue Garancière, Paris.

La Revue de l'Art. Sommaire du n° de novembre 1924. I. *Histoire générale de l'Art*. Le Grand Salon ovale de Vaux-le-Vicomte et sa décoration, par Jean Cordey (6 ill.). — Pierre-Adrien Paris, architecte du Roi (1745-1819), par le comte Ernest de Ganay, (11 ill.). — La Peinture espagnole depuis le milieu du XIXe siècle (suite), par José Francès (6 ill.). — Le genre décoratif funèbre, esquisse d'une histoire de ses débuts en France, (I) par André Tessier (6 ill.). Peintres-graveurs contemporains : Jacques Simon, par Clément-Janin (5 ill.). — Une légende ; Watteau et le concert Crozat du 30 septembre 1720, par Emile Dacier (5 ill.).

II. *Chroniques* : Moyen-Age et Renaissance d'architecture italienne du XVe siècle, à propos d'un livre récent, par Gabriel Rouchès. — Art contemporain : « La Porte de l'Enfer » d'Auguste Rodin, par Léonce Bénédite. Les Livres (Lancret — « Le musée du Louvre : L'Art Flamand).

III. *Gravure hors-texte* : Le Gué, eau-forte originale de Jacques Simon.

(*Voir la suite page* 1050.)

Labor. DURET & RABY
5. Ae des Tilleuls. Paris. Montmartre.
VAO MARQUE DÉPOSÉE
ÉCHANTILLONS & BROCHURES FRANCO sur DEMANDE
CHOLÉOKINASE
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE
de la Constipation liée à l'insuffisance biliaire
DES DYSPEPSIES INTESTINALES
DE LA LITHIASE BILIAIRE
6 a 8 ovoïdes par jour
THAOLAXINE LAXATIF RÉGIME

© BIU Santé

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les causes de l'impotence douloureuse du membre inférieur chez le nourrisson

Par **Jean MADIER**,
Chirurgien des hôpitaux.

Il arrive assez fréquemment qu'on nous amène un nourrisson (entendons par là un enfant de moins de deux ans) parce qu'il ne se sert plus de son membre inférieur et crie dès qu'on le touche.

L'histoire qu'on nous raconte et la manière dont se présente l'enfant sont à peu près semblables dans tous les cas.

Le début date d'un ou plusieurs jours ; tantôt c'est à la suite d'un traumatisme, tantôt c'est par hasard, au cours d'une toilette, que la chose a été constatée.

Depuis ce moment le membre est en flexion, dans une attitude de retrait. Vient-on à y toucher, l'enfant pleure et s'agite montrant ainsi que l'impotence est bien due *à une lésion douloureuse* ; le reste du temps il peut être d'une insouciance complète ou, au contraire, se montrer grognon et mal en train.

En dehors des cas où il a existé à l'origine un traumatisme non douteux, obstétrical ou autre, la cause de cette impotence est loin de toujours sauter aux yeux.

Il faut savoir la rechercher parmi un certain nombre d'affections, avec une méthode un peu spéciale à cette sorte de médecine vétérinaire qu'est la clinique infantile et en tenant compte de certaines difficultés d'examen.

Je voudrais, après vous avoir mis en garde contre ces difficultés, vous indiquer quelles sont les affections que vous pouvez rencontrer au membre inférieur dans un cas comme celui que nous envisageons, et vous donner la marche à suivre pour remonter méthodiquement de la constatation du symptôme à sa cause.

La brièveté des membres, l'épaisseur des bourrelets adipeux, forment autant d'obstacles à une juste appréciation des modifications extérieures et à une exacte délimitation des déformations squelettiques chez l'enfant. Son indocilité et ses mouvements intempestifs rendent difficile l'exploration fonctionnelle des articulations.

Un enfant, à plus forte raison un nourrisson, ne peut donner aucun renseignement sur son mal ; quant aux renseignements donnés par les parents ou l'entourage, il vous est rarement permis d'en faire état en toute confiance. Soit ignorance, bêtise ou intérêt, on vous renseigne mal ou on vous trompe. Ceci est surtout vrai lorsqu'il s'agit d'établir l'existence d'un traumatisme, difficilement avoué la plupart du temps par ceux qui pensent y avoir une part de responsabilité. Dans ce cas particulier, que votre méfiance et votre incrédulité croissent en raison directe de l'énergie des dénégations, et d'une manière générale n'acceptez les histoires qu'on vous raconte qu'avec la plus grande circonspection.

Faites donc asseoir devant vous la personne chargée de tenir l'enfant. Qu'elle le pose sur ses genoux, en bonne lumière, complètement déshabillé, exception faite de la brassière, et les pieds tournés vers vous.

Pendant que vous posez quelques questions précises, pour lesquelles vous exigerez des réponses également précises, assurez-vous d'un premier coup d'œil *qu'il ne s'agit pas d'une paralysie.* Ceci vous le reconnaîtrez à ce que le membre ne pend pas inerte ; il n'est pas animé de grands mouvements, mais on y voit persister les petits mouvements du pied qui est habituellement relevé, et des orteils ; si vous ne les voyez pas, provoquez-les.

Procédez ensuite à l'examen physique du membre malade et, par principe, *cherchez toujours la cause de l'impotence dans une lésion osseuse ou ostéo-articulaire* ; c'est là neuf fois sur dix que vous la trouverez.

Faites toujours un examen comparatif du membre sain ; c'est indispensable pour apprécier les modifications pathologiques.

Ceci dit, vous vous orienterez différemment selon qu'il y aura ou non à l'origine un traumatisme, selon qu'il y aura ou non de la fièvre. Sauf dans les cas où c'est manifestement inutile, prenez ou faites donc prendre la température rectale.

Supposons donc qu'il y ait eu à l'origine un *traumatisme*, vous allez explorer méthodiquement le squelette par la palpation : commencez par le pied que vous ferez jouer, puis glissez lentement la pulpe des doigts de bas en haut sur la face antéro-interne du tibia ; palpez-en l'extrémité supérieure, puis l'extrémité inférieure du fémur et enfin remontez sur la diaphyse fémorale que vous pourrez explorer jusqu'à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs.

Par cet examen vous pourrez découvrir *une lésion tibiale qui est presque toujours une fissure oblique.* La face antéro-interne du tibia présente alors une convexité anormale à peine appréciable par la vue, quelquefois une légère teinte ecchymotique, mais la palpation vous révèle un gonflement fusiforme allongé, douloureux à la pression ; il n'y a ni mobilité, ni crépitation, ni raccourcissement ; la fissure est unique, sans déplacement. Sauf en cas de choc direct donnant lieu à une fracture complète, c'est la seule lésion traumatique du squelette de la jambe que vous rencontrerez à cet âge.

A la cuisse, vous pouvez noter une déformation en crosse, un gonflement plus ou moins accentué, du raccourcissement, de la mobilité anormale. L'ecchymose est habituellement peu importante : il peut exister une hydarthrose légère. Il s'agit d'une *fracture du fémur* complète, presque toujours diaphysaire et d'un diagnostic facile, que viendra au besoin confirmer la radiographie. Vous serez plus embarrassés en présence d'une lésion incomplète telle qu'une *fissure* ou une *infraction*, lésion sous-périostée sans déplacement dans laquelle vous ne trouverez pas de mobilité anormale, mais seulement une flexibilité exagérée avec douleur plus ou moins manifeste.

De même il existe une variété de fracture de l'extrémité inférieure du fémur qu'il est facile de méconnaître. C'est une *fracture par tassement* à l'union de la diaphyse et de la métaphyse observée presqu'uniquement chez les enfants rachitiques à squelette peu résistant ; elle succède assez souvent à une chute sur le genou et, outre l'impotence, ne se manifeste que par un gonflement douloureux de la partie juxta-articulaire du fémur avec légère limitation de l'extension du genou. Dans toutes ces lésions à symptomatologie fruste, la radiographie faite, comme toujours, de face et de profil est presqu'indispensable pour confirmer le diagnostic ou au besoin le redresser.

Il faut savoir que certaines lésions traumatiques ne s'observent pour ainsi dire jamais au membre inférieur chez le nourrisson. De ce nombre sont : les fractures du pied, les fractures malléolaires, celles des deux os de la jambe. Vous ne verrez pas non plus des entorses tibio-tarsiennes, ni entorses du genou. Broca a observé une fois une entorse de la hanche.

© BIU Santé

Si maintenant l'interrogatoire vous a fait écarter l'hypothèse d'une lésion traumatique, vous pouvez rechercher la cause de l'impotence dans deux catégories différentes selon qu'il y a ou non de la fièvre.

S'il existe une élévation thermique nette, il s'agit vraisemblablement d'une affection inflammatoire (mais il faut faire des réserves sur lesquelles nous reviendrons). Si nous écartons l'éventualité d'une *lymphangite*, d'un *adéno-phlegmon* ou d'un *abcès circonscrit*, toutes choses dont le diagnostic se fait par un examen superficiel, il reste deux localisations infectieuses fréquentes : l'*arthrite suppurée* et *l'ostéomyélite*.

L'arthrite suppurée est plus fréquente chez le nourrisson qu'à tout autre âge, peut-être à cause des nombreuses portes d'entrée qui existent chez lui, et elle se localise avec prédilection sur le genou et la hanche. Quelle que soit l'articulation atteinte, le membre prend l'attitude dite position de Bonnet (130° de flexion pour le genou, flexion et abduction pour la hanche) ; ceci rappelle la position habituelle du membre impotent chez le nourrisson ; mais ce qui peut attirer l'attention sur la localisation articulaire, c'est la fixité de l'attitude grâce à la contracture musculaire, et la limitation des mouvements.

De plus, au genou la région est globuleuse, chaude, à peine rosée ; il est facile de se rendre compte que la synoviale est distendue, et au besoin la ponction ramène du liquide louche, plus tard du pus franc dans lequel on trouve en abondance le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque ou le gonocoque.

A la hanche, le diagnostic est difficile en raison de la profondeur de l'articulation. On peut observer cependant un gonflement diffus de toute la région et un lacis de veines sous-cutanées dilatées. Ceci joint à l'élévation de la température, à l'attitude, à la douleur provoquée par les mouvements, doit vous mettre sur la voie, mais souvent ce n'est qu'à la suite d'examens répétés et après avoir éliminé les autres causes fébriles que vous pourrez vous prononcer d'une façon ferme.

Quant à *l'ostéomyélite* dans sa forme franche aiguë, elle se caractérise au début par l'empâtement des plans profonds juxta-osseux, par l'épaississement de la portion juxta-épiphysaire de l'os et par une douleur très vive sur la ligne conjugale. Plus tard, la région atteinte peut prendre un aspect phlegmoneux et la palpation peut vous faire percevoir une fluctuation plus ou moins profonde.

La véritable difficulté peut consister à différencier une ostéomyélite d'une arthrite de l'articulation voisine ; cela est vrai surtout pour la hanche, où l'ostéomyélite s'accompagne fatalement d'une arthrite suppurée. Au genou, la difficulté est peut être moins grande ; d'ailleurs le problème se pose en réalité de la façon suivante : Etant donnée une ostéomyélite du tibia ou du fémur, est-elle compliquée d'arthrite suppurée du genou ? Si oui, il faudra ajouter évidemment à l'ouverture du foyer ostéomyélitique, l'arthrotomie du genou, mais il faut se rappeler qu'il peut exister dans cette articulation, au voisinage d'un foyer ostéomyélitique, des épanchements aseptiques qui n'exigent nullement l'arthrotomie.

Je ne parle pas ici de la radiographie, tout à fait inutile dans la phase aiguë de l'ostéomyélite et qui ne donne d'image intéressante que dans les formes chroniques ou prolongées en montrant l'hyperostose, les foyers d'ostéite raréfiante, ou les séquestres.

Si le thermomètre reste aux environs de la normale, il faut penser par ordre de fréquence à la *maladie de Barlow ou scorbut des nourrissons*, à la *syphilis héréditaire précoce*, à la *tuberculose osseuse ou ostéo articulaire*.

Dans le premier cas l'enfant qu'on vous amène est âgé de plus de 6 mois, de moins de 18 ; il est souvent florissant, trop gras même et un peu blafard. Le membre douloureux peut être légèrement œdémateux, notamment sur le dos du pied. A la palpation, le tibia en haut ou le plus souvent le fémur en bas sont le siège d'un gonflement demi-fusiforme, douloureux, avec intégrité de l'articulation du genou. Pensez aussitôt à regarder les gencives et vous y trouverez souvent, surtout si l'enfant a déjà percé des dents, les ecchymoses caractéristiques ; à leur défaut vous verrez quelquefois sur la peau des taches purpuriques. Enfin, renseignez-vous sur le mode d'alimentation et vous apprendrez que l'enfant est nourri avec autre chose que du lait naturel, avec des laits ou des farines conservés et stérilisés. Supposons qu'à un premier examen vous ayez erré dans votre diagnostic, vous verrez bientôt, en suivant votre petit malade, l'œdème et le gonflement s'accentuer, les douleurs devenir bilatérales.

La radiographie, si vous pensez à la faire faire, peut également redresser votre diagnostic à condition que vous connaissiez l'aspect caractéristique des lésions de la maladie de Barlow : aspect flou du noyau épiphysaire, élargissement de la métaphyse, ligne foncée et festonnée à l'union de la métaphyse et du cartilage conjugal. Dans le cas de doute, la certitude vous est donnée par l'épreuve thérapeutique.

Faites donner du lait frais, du jus d'orange ou de citron, un peu de verdure et en quelques jours, vous verrez rétrocéder tous les symptômes.

Avez-vous au contraire devant les yeux un nouveau-né ou un nourrisson de moins de 6 mois, mal venu, au faciès vieillot (quelquefois simiesque) et la palpation vient-elle à vous faire découvrir une tuméfaction douloureuse de l'extrémité inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure du tibia, songez à la *syphilis héréditaire précoce* et dirigez l'interrogatoire et l'examen dans ce sens.

Vous apprendrez que l'impotence n'est pas apparue aussitôt après la naissance, mais quelque temps après, habituellement dans les trois premiers mois. Vous apprendrez quelquefois que l'enfant est né avant terme, qu'il a présenté du pemphigus palmo-plantaire, ou des syphilides ulcéreuses, périanales ou péribuccales.

Vous interrogerez la mère sur son passé obstétrical. Vous rechercherez enfin sur le sujet lui-même les autres symptômes de la vérole: coryza, hépato et splénomégalie, hydrocèle bilatérale. Cela vous permettra de confirmer vos soupçons sans avoir recours à la réaction de Wassermann. Les lésions en restent habituellement au stade d'infiltration gommeuse de la région métaphysaire et peuvent d'ailleurs toucher plusieurs os, de préférence au membre supérieur.

Il faut que l'enfant soit bien dénué de soins pour que se produise un décollement épiphysaire qui est le terme ultime de la *pseudo-paralysie syphilitique de Parrot*. Reportez-vous à ce que nous venons de voir plus haut pour le diagnostic avec la maladie Barlow. Basez-vous surtout sur l'âge différent dans les deux cas, sur la pathogénie alimentaire du scorbut des nourrissons, sur l'effet du traitement. Ici le traitement spécifique a un effet aussi rapide et net que l'administration d'aliments riches en vitamines dans le scorbut infantile. Dans les cas douteux, on a proposé d'associer les deux thérapeutiques.

La radiographie, si elle est caractéristique, vous montrera des lésions différentes de celles du scorbut; l'aspect pathologique consiste en un épaississement périostique fusiforme prédominant au voisinage d'une extrémité de la diaphyse et laissant apparaître très nettement le contour

© BIU Santé

de l'os qu'il engaîne. Il va sans dire que lorsqu'il existe un décollement épiphysaire, il crève les yeux sur l'épreuve.

Moins fréquente que les deux affections précédentes est la *tuberculose diaphysaire*, mais il faut la connaître, car elle a une prédilection pour les deux premières années de la vie, tout en étant rare avant six mois.

Elle siège de préférence sur le tibia, mais peut également toucher le fémur. Cliniquement elle se manifeste par une tuméfaction fusiforme de la diaphyse dans toute son étendue, prenant toute sa circonférence. Il est fréquent qu'elle ne soit pas douloureuse mais elle peut l'être et c'est ce qui m'amène à la signaler ici : elle l'est en tous cas certainement moins que le scorbut et la syphilis. C'est son évolution insidieuse, l'absence de fièvre, son extension à toute la longueur de la diaphyse qui pourront vous diriger. C'est surtout son aspect radiographique : hyperostose périostique fusiforme engainant un os souvent raréfié et comme vermoulu en certains points ; plus rarement soufflure de la coque diaphysaire recouverte par un mince liséré d'os périostique nouveau.

Même avec la radiographie, la distinction peut être impossible à faire avec la syphilis. Dans les cas douteux l'argument de fréquence est incontestablement en faveur de la syphilis et, surtout s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois, vous instituerez le traitement spécifique.

Dans certains cas, rares il est vrai, la tuberculose gagne une des articulations voisines, la hanche en particulier et l'éclosion d'une ostéo-arthrite tuberculeuse ne laisse plus de place au doute.

Ceci nous amène à envisager la possibilité d'une *coxalgie* ou d'une *tumeur blanche du genou* comme cause de l'impotence chez notre nourisson.

A vrai dire c'est une cause peu fréquente, ces ostéo-arthrites des grandes articulations se voyant peu au-dessous de deux ans, et pour ainsi dire jamais au-dessous de six mois.

S'il s'agit du genou la localisation articulaire est manifeste à la simple inspection : saillie rotulienne noyée par la tuméfaction des culs-de-sac, surtout du supérieur formant bourrelet en croissant, genou globuleux contrastant avec l'atrophie des segments sus et sous-jacents.

A la palpation, élévation de la température locale, sensation de mollesse particulière des fongosités.

A la hanche, il est habituellement difficile de localiser à l'articulation, celle-ci étant masquée à la vue et difficilement accessible à la palpation.

Cependant dans un cas comme dans l'autre l'attitude vicieuse est fixée par contracture musculaire, ce qui jusqu'à un certain point permet de savoir que la lésion est bien articulaire.

En outre il est exceptionnel qu'on ait affaire à une ostéo-arthrite comme lésion primitive chez le nourrisson, coutumier des localisations tuberculeuses multiples. Il est bien rare qu'on ne trouve pas quelque part des gommes cutanées, qu'il faut chercher aux fesses ou à la face postérieure des cuisses, ou des ostéites de petits os superficiels (spina ventosa, ostéite malaire). L'existence de ces lésions entraînera votre diagnostic. Nous avons vu plus haut la possibilité d'une ostéo-arthrite succédant à une tuberculose diaphysaire ; le fait est rare ; vous serez amenés à le constater grâce à la radiographie.

Voilà donc un certain nombre de catégories assez schématiquement délimitées dans lesquelles vous devez chercher la cause de l'impotence selon que votre sujet a subi ou non un traumatisme, selon qu'il a ou non de la fièvre. Mais il est des cas, que l'on risque de faire entrer à tort dans l'une ou l'autre catégorie si l'on ne prend soin de contrôler sévèrement et d'interpréter soit les renseignements donnés, soit certains symptômes constatés.

Nous avons déjà envisagé une première éventualité, mais j'y reviens à dessein ; *c'est celle où on vous laisse ignorer l'origine traumatique de l'impotence.*

Nous avons déjà vu que le trauma peut-être réellement inconnu de ceux qui vous amènent l'enfant ; mais il peut également vous être soigneusement dissimulé. Il peut encore avoir été insignifiant et être passé inaperçu, même chez un enfant bien surveillé ; c'est le cas pour les petits rachitiques chez lesquels peuvent se produire des fractures et même des fractures multiples, sans que la cause efficiente puisse être réellement qualifiée de traumatisme. D'où la nécessité de rechercher toujours les symptômes du rachitisme et d'en tenir compte au point de vue étiologique.

Cette incertitude peut vous mettre dans un réel embarras pour peu qu'une fracture datant de quelque temps déjà se manifeste par un cal plus ou moins volumineux ; on pense alors aussi bien à une affection hyperostosante non traumatique, telle que la syphilis ou la tuberculose diaphysaire ; on a même confondu avec l'ostéosarcome. Souvenez-vous que le siége diaphysaire est plutôt en faveur d'une fracture.

Dans une deuxième éventualité, *l'erreur peut être due à ce que l'affection causale se présente avec une symptomatologie anormale.*

C'est ainsi, par exemple, que les *fractures fermées* peuvent s'accompagner plus fréquemment qu'on ne le pense ordinairement d'hyperthermie, le thermomètre oscillant aux environs de 38° ou même entre 38° et 39°. Cette fièvre s'observe en particulier chez les petits, dans les fractures du fémur avec gonflement accentué. Vous voyez quelle peut être la difficulté du diagnostic différentiel avec l'ostéomyélite, en l'absence d'un signe certain ou d'un examen radiographique. Cependant dans la fracture le gonflement est plus dur, la peau n'a pas de teinte rosée, l'élévation de la température locale est moins forte et la fièvre aseptique qui l'accompagne n'est caractérisée que par l'ascension thermométrique, sans aucune modification de l'état général.

La confusion peut d'autant mieux être faite entre une fracture et *l'ostéomyélite* que cette dernière affection n'évolue pas toujours à grand fracas et qu'il en existe des formes atténuées, peu fébriles ou même complètement apyrétiques.

Ces formes d'ostéomyélite peuvent d'autre part être confondues avec la syphilis, autre maladie hyperostosante, plus exceptionnellement avec la *tuberculose (forme diaphysaire)*.

La *maladie de Barlow*, que nous avons rangée parmi les affections non fébriles, peut s'accompagner à son début d'une élévation thermique ; pour peu que celle-ci soit plus marquée qu'à l'ordinaire, ou se prolonge, elle peut amener la confusion également avec l'ostéomyélite. L'absence de réaction inflammatoire vive, la bilatéralité des douleurs, sinon au début, tout au moins au bout de peu temps, les ecchymoses gingivales, la notion de l'origine alimentaire et l'efficacité rapide du traitement, vous permettront d'éviter cette confusion.

Telles sont les causes d'erreur les plus habituelles ; le seul fait de les connaître à l'avance vous permettra le plus souvent de les éviter, même à un premier examen. Si vous restez dans le doute, et ceci n'est pas toujours faire preuve d'ignorance en clinique, aidez-vous de la radiographie, suivez votre petit malade, ayez recours à l'occasion au traitement d'épreuve et vous aurez bien des chances de mettre enfin le doigt sur le diagnostic.

© BIU Santé

ACTUALITÉS

Le centenaire de J. Rollet (1824-1924)

Un grand clinicien du siècle passé

La faculté de Lyon doit célébrer demain le centenaire de Joseph Rollet, né le 12 novembre 1824 à Lagnieu (Ain). C'est une belle figure du siècle passé qui va être évoquée, dont le recul du temps n'a ni amoindri la pureté, ni estompé le prestige. Combien de noms cependant portés hier aux nues sont oubliés aujourd'hui et combien sévère et redoutable est l'épreuve des ans. Le présent n'est pas toujours le garant parfait de l'avenir. Il est des esprits éminents auxquels un travail de tous les instants et souvent aussi le sourire de la fortune fantasque permettent d'inscrire à leur actif une grande découverte biologique ou clinique : le mérite de chacun est diversement et d'ordinaire injustement apprécié, car une part fâcheuse doit être faite à l'habileté individuelle. Les mœurs contemporaines — et elles existaient déjà au siècle dernier — apportent, hélas ! facilement la notoriété à ceux qui savent utiliser les mille formes de la publicité. Rollet fut, à cet égard, avant tout un modeste, qui n'ambitionna que le triomphe spontané de ses doctrines par le seul mérite de leur valeur propre. Quel contraste entre le savant lyonnais, qui ne travaillait que pour la satisfaction incomparable que lui donnait l'étude et pour l'amour de la vérité, et Ricord, génie étincelant, trop conscient peut-être de sa force, dédaignant souvent la critique, ne laissant de côté aucune occasion de semer son grain, poussant le désir de plaire à la foule jusqu'à la trivialité par la recherche incessante de l'expression imagée. Il serait injuste cependant de chercher, dans un parallèle à la Plutarque, à comparer et partant à amoindrir Ricord et Rollet ; tous deux, si dignes de figurer parmi les plus pures gloires de notre pays, doivent être comptés parmi les cerveaux incomparables, qui, à de trop longs intervalles, s'élèvent de la médiocrité commune, défrichent une parcelle de l'inconnu et gravent quelques pages au livre de la vérité éternelle.

Après d'excellentes études au lycée de Lyon où il remporta le prix d'honneur de philosophie en 1842, Rollet vient faire sa carrière médicale à Paris. Il est reçu quatrième à l'externat à la fin de sa première année, ce qui lui vaut la bonne fortune de devenir l'élève de Trousseau : il est interne deux ans plus tard. Il s'oriente vers la chirurgie, est attaché successivement aux services de Bérard, Laugier et Lisfranc. Durant son service à Paris il publie deux fascicules intéressants sur l'*anatomie descriptive* et l'*anatomie générale*, qui parurent dans le *Répertoire des études médicales* dirigé par Bazin, alors médecin de l'Hôpital Saint-Louis. Il trouva même, entre temps l'occasion de soigner les blessés des journées de juin 1848 et une médaille de bronze est, pour ce rôle, décernée au citoyen Rollet, interne en médecine.

Après trois années d'internat passées à Beaujon, à Saint-Antoine puis à la Pitié, Rollet pouvait, aux termes d'un nouveau règlement, rester une année encore en fonction, mais il apprend qu'un concours de chirurgien-major doit avoir lieu bientôt à Lyon, il donne sa démission, passe sa thèse le 26 décembre 1848 sur le sujet suivant : « les hémorragies traumatiques de l'intérieur du crâne. »

Une première déception l'attend à son retour dans sa ville natale, il échoue au majorat de l'Hôtel-Dieu, se voit préférer Desgranges, qui deviendra un éminent professeur de clinique chirurgicale. L'année suivante, par contre, il est nommé chirurgien-major de l'Antiquaille. Il doit cependant patienter encore quatre ans avant d'entrer en fonction, l'aide-majorat n'existant pas encore à l'Antiquaille et son prédécesseur Rodet ne prenant pas de congé ; le jeune clinicien en profite pour compléter son instruction sur la spécialité dont il va s'occuper, sur les maladies vénériennes et cutanées. Il fait même un plan d'étude « semblable en cela, écrit Horand, au voyageur qui avant de se mettre en route étudie sur sa carte le chemin qu'il doit parcourir, ce qui lui permet d'aller droit au but. »

Nous ne voulons point ici rappeler par le détail le mérite de l'œuvre de Rollet. Il suffit de dire qu'au milieu du XIXe siècle, nul n'était fixé ni sur le nombre, ni sur la nature des maladies vénériennes ; pour beaucoup de spécialistes, il n'était qu'une seule affection, la syphilis, à laquelle on rattachait la blennorragie et le chancre simple, dans tous les cas l'administration du mercure était la règle. Au clinicien lyonnais revient le mérite d'avoir soutenu la dualité du chancre, l'existence du chancre mixte et surtout la contagiosité des accidents secondaires.

Certains esprits, animés d'un sens critique trop aiguisé, et qui se font un cruel plaisir de diminuer le mérite d'autrui, ont opposé à Rollet des précurseurs. Personne ne nie cette existence, mais n'en fut-il pas de même pour la plupart des grandes découvertes. Ni Hunter, ni Bassereau, le vrai père de la doctrine dualiste, ne peuvent, du fait qu'ils ont soulevé un coin du voile mystérieux qui recouvrait le polymorphisme inexpliqué des épisodes vénériens, porter atteinte au génie investigateur du maître de l'Antiquaille : ainsi le voyageur qui parvient à une région jusqu'alors inconnue n'est jamais le premier qui ait tenté l'aventure, d'autres avant lui se sont risqués sur des voies inexplorées : chacun a rencontré sur sa route les traces et le sillage de devanciers, chacun apporte son tribut au suivant, jusqu'au dernier, plus heureux, qui atteint le but vainement poursuivi jusque-là.

Rollet occupe le majorat, après une prolongation de trois ans jusqu'au 31 décembre 1865. L'Antiquaille durant ce temps devient un centre d'enseignement suivi, malgré les difficultés d'accès que présente le vieil hôpital.

De taille élevée, plutôt corpulent, le front haut et déjà dégarni, le nez long et brusqué, les sourcils épais abritant deux yeux vifs et perçants, la barbe un peu touffue et précocement grisonnante, Rollet grimpe chaque jour de bon matin les ruelles montueuses de la colline, le corps un peu penché en avant, les mains derrière le dos, tenant une canne ou un parapluie selon la saison, l'air un peu distrait, préoccupé. D'un caractère doux et plutôt timide, d'une grande modestie, très affable, il apporte les plus grands scrupules dans les moindres détails de son enseignement ; jamais il ne ménage l'effort pour donner à ses démonstrations la clarté nécessaire. D'une correction parfaite, jamais ne sortit de ces lèvres un mot qui pût être considéré comme désobligeant pour ses adversaires doctrinaires, dont les attaques étaient souvent acerbes. Il avait cependant beau jeu : Ricord comme Diday étaient avant tout des polémistes amoureux de la discussion, prisant l'ingéniosité des arguments à l'égal de leur valeur, oubliant parfois la cause pour l'argument, rappelant, dit un peu méchamment Augagneur, les duellistes picaresques, qui dans leur amour des beaux coups oublient les causes et la fin de la lutte.

En quelques années, Rollet accomplit un labeur considérable et dans son introduction à ses *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorragie*, il nous a initiés à son mode de travail : « Au-dessus de toutes les recherches, écrit-il, il y a les méthodes qui servent à les entreprendre et à les diriger, et ces méthodes, qui prennent les observateurs au même point, les ont souvent conduits à des extrémités opposées. Quelles sont-elles, que valent-elles ? Ni la méthode historique, ni la méthode expérimentale, ne sont nos seuls guides dans la recherche de la vérité ; on doit les regarder comme d'excellents auxiliaires quand il s'agit d'une question difficile ; on pourrait les comparer à des sentiers détournés, créés par nécessité pour gravir, par exemple, une montagne inaccessible par voie directe ; mais dans la généralité des cas, des moyens plus simples suffisent, et, au total, rien ne peut remplacer, en médecine, la grande et vieille méthode de l'observation clinique. Non seulement

© BIU Santé

la médecine est née de l'observation, mais elle vit en elle et s'y meut tout entière.»

D'une grande rectitude de jugement, jointe à un sens critique net et précis, le chef de l'école de l'Antiquaille eut pour qualité maîtresse la clarté, clarté dans la vision, clarté dans l'expression. Jamais son désir de connaître ne l'entraîna au-delà de ce qu'il considérait comme la limite des choses permises. Partisan convaincu de la méthode expérimentale, jamais il ne voulut recourir à l'inoculation sur l'homme sain, malgré sa conviction de pouvoir arriver par ce moyen à la vérité. « De telles expériences sont-elles nécessaires, écrit-il ? Je réponds qu'elles sont dangereuses, et c'est assez dire que, fussent-elles nécessaires, il n'y aurait pas à les recommencer ». Par sa patiente observation il supplée à cette expérimentation et arrive patiemment à convaincre pleinement ses adversaires, grâce à la rigueur de son étude. Il y a là une belle noblesse de caractère, si l'on songe que Rollet pouvait en un instant confondre tous ceux qui faisaient état des inoculations Huntériennes mal conduites et mal interprétées.

Après huit années passées à l'Antiquaille, temps court mais admirablement rempli, le maître est chassé de son sanctuaire par une déplorable organisation hospitalière et il voit aussi se restreindre devant lui le champ de ses observations cliniques. C'est dans le courant de 1865 qu'il publie son *Traité des maladies vénériennes*. Il met dans ce volume la moelle de son enseignement, c'est l'œuvre capitale d'un chef d'école. Au service de sa vaste érudition et de son esprit de méthode, l'auteur joint un style précis et élégant, sachant faire image lorsqu'il est nécessaire, émaillé de citations originales, parfois d'une phrase ironique, témoins d'un esprit de finesse doublé d'un lettré averti. Pourtant ni l'Institut, ni l'Académie ne jugent bon de décerner à Rollet un des nombreux prix essaimés dans l'année.

Dans la seconde partie de sa carrière, le syphiligraphe se tourne vers l'hygiène : il s'y achemine en occupant la chaire de cette matière à la Faculté, mais pour être entraîné vers des réalisations plus particulièrement pratiques et utilitaires il n'abandonne point ses premières tendances. Il s'attache ici encore à montrer la contagiosité des accidents secondaires par l'étude plus attentive de la syphilis des nourrissons, de la syphilis vaccinale et surtout de la syphilis des verriers. C'est par de longues visites aux ouvriers verriers de Givors et de Rive-de-Gier qu'il arrive à prouver que les ulcérations présentées souvent aux lèvres par les souffleurs représentent le premier accident d'une syphilis professionnelle. Il y avait là des foyers de vérole plus dangereux que les lieux de débauche, puisque la maladie y était contractée en toute innocence, par l'instrument de travail, la canne à souffler le verre, trois ouvriers soufflant dans la même embouchure pour faire une bouteille. A la suite des observations de Rollet, des visites sanitaires, efficaces à coup sûr, sont prescrites et bientôt est réalisé le soufflage mécanique du verre.

Pendant dix-sept ans le professeur apporte à son cours la plus haute conscience et le plus parfait souci de l'exactitude. Il est ici encore un précurseur : cherchant, comme il l'avait fait à l'Antiquaille, à intéresser en instruisant, il imagine de conduire ses élèves dans les usines ou les établissements qu'il est chargé d'inspecter au nom de l'hygiène.

Rollet s'éteignit en pleine activité au moment où il allait présider la séance d'ouverture du congrès de dermatologie et de syphiligraphie qui devait se tenir à Lyon au mois d'août 1894. Les derniers mots qu'il écrivit fut un hymne au travail, pour rappeler devant l'Antiquaille, ancien palais des Césars, la devise de Marc Aurèle « *Laboremus* », devise qui résume admirablement ce que fut le maître, un travailleur infatigable.

La vie privée de Rollet fut en digne harmonie avec sa brillante fortune scientifique, adorant l'atmosphère familiale, il se délassait des fatigues journalières par la culture des belles-lettres. Ce fut un humaniste au sens antique du mot, poète à ses heures, souvent ses vers furent, paraît-il, fort goûtés des amis et des élèves auxquels, dans une douce intimité, il aimait à en faire lecture.

Rollet apparaît aujourd'hui comme une des plus belles figures parmi les médecins du temps jadis : sa vie, toute de dignité et de désintéressement, peut être donnée en exemple aux générations futures et, ce qui est mieux et plus rare, son œuvre ne périra pas : le recul du temps n'effacera jamais le nom du chef de l'école de l'Antiquaille. Ses recherches sur la dualité du chancre, sur la réalité du chancre mixte, sur la contagiosité des accidents secondaires resteront parmi les plus belles investigations de l'esprit médical dans le domaine de l'inconnu.

Dr E. SCHULMANN.

A propos d'un récent essai d'endocrinologie [1]

Chaque jour s'affirme davantage le rôle capital que jouent les glandes endocrines, tant dans le domaine de la physiologie que de la clinique, et il n'est guère de modifications du milieu humoral où l'on ne cherche à mettre en évidence leur intervention. A étendre indéfiniment le champ des investigations, il arrive que les points essentiels s'estompent au profit de résultats isolés, disparates, non confirmés ; ainsi des constatations troublantes interviennent dans l'élaboration des syndromes endocriniens, qui nuisent à la fois à la clarté de l'exposition symptomatique et à la sûreté de la conception pathogénique. Pour essayer de remédier à un désarroi apparent, les auteurs ont pris l'habitude d'opposer les états d'hyperfonctionnement sécrétoire aux états d'hypofonctionnement, comme si une glande dont le mécanisme excrétoire est encore mal déterminé et le produit d'élaboration souvent inconnu pouvait être assimilée à la vanne d'un canal, qui, par une puissance uniquement mécanique, distribue un cubage d'eau d'abondance variable au lit qu'elle est chargée de régler. C'est contre cette conception facile mais à coup sûr trop primitive et entachée d'erreur à chaque pas que s'élève René Porak.

L'auteur pose en principe que tous les syndromes endocriniens sont à reviser et, dans une monographie condensée et bien ordonnée, il passe en revue les grands cadres cliniques en y précisant chaque fois le rôle possible des glandes à sécrétion interne. Les lacunes sont nombreuses au cours de l'ouvrage, mais c'est là un défaut voulu par Porak, qui désire avant tout demeurer sur un chemin solide et éviter au lecteur de s'égarer sur la voie aussi facile que dangereuse des hypothèses.

Le premier chapitre envisage les troubles de la croissance et du développement squelettique : dans quelles mesure interviennent le corps thyroïde, l'hypophyse, les glandes génitales, le thymus ?

Le problème semble bien loin d'être résolu et il manque encore des bases fermes. Il semble même qu'un pas en arrière ait été fait depuis que des travaux récents ont montré l'importance considérable de la région infundibulo-tubérienne. Les mêmes réserves doivent être faites en ce qui concerne les rapports des fonctions sexuelles et des syndromes endocriniens. L'appareil génital joue un rôle à coup sûr plus important dans la vie de la femme que dans la vie de l'homme. L'auteur traite successivement de la puberté, de la période de maturité sexuelle, de la ménopause féminine. La menstruation reconnaît-elle une origine glandulaire ? Encore une question irrésolue. L'étude clinique et thérapeutique de la dysménorrhée, de la ménorrhée et de l'aménorrhée n'apporte que des renseignements contradictoires et la réalisation des greffes ovariennes n'a point tenu ses promesses, car les greffons dégénèrent toujours en un temps plus ou moins rapide. Chez le mâle la résorption du sperme et la sécrétion interne du testicule apparaissent comme facteurs indubitables du développement organique. Les expériences récentes de Pézard sur les gallinacés montrent cependant que les caractères sexuels secondaires chez le coq ne subissent pas tous

(1) R. PORAK. — Les syndromes endocriniens. Doin, éditeur.

© BIU Santé

l'influence d'une sécrétion interne du testicule : le plumage ne se modifie pas après la castration et les ergots continuent à croître. Pour expliquer l'absence d'ergots et le plumage simple et terne de la poule, il faut admettre la sécrétion d'une chalone par l'ovaire qui empêche la femelle de se revêtir des atours du mâle. L'apparition d'ergots et de plumage après ovariotomie confirme cette hypothèse.

Porak décrit le syndrome de la castration prépubérale, la cryptorchidie, le syndrome de l'insuffisance post-pubérale, il ne fait qu'une simple mention de l'opération de Steinach, très vantée outre-Rhin et renvoie à l'opuscule de Retterer et Voronoff sur la question des greffes testiculaire.

L'insuffisance génitale ou un trouble glandulaire interviennent-ils dans l'intéressante question de l'hermaphrodisme ? Pezard n'est pas parvenu après la naissance à reproduire des types cliniques d'intersexualité et il énonce la loi du tout ou rien. L'auteur estime qu'il n'existe pas dans les annales médicales de cas indiscutables d'hermaphrodisme vrai, car tantôt les caractères masculins, tantôt les caractères féminins l'emportent. androginoïde ou gynandroïde.

Un court chapitre évoque les innombrables recherches des modifications de la tension artérielle après injection d'extrait organique, la glande surrénale et la sécrétion adrénalinique y sont au premier plan. Plus intéressante au point de vue clinique est la méthode des tests biologiques d'appréciations des troubles de l'équilibre endocrinien. Sur ce rôle, Porak a une autorité particulière, car c'est à lui en collaboration avec Claude et Baudoin que sont dus les premiers essais expérimentaux sentis dans cette voie.

L'origine de la polyurie insipide ne doit plus être attribué à un facteur glandulaire, l'auteur prend hardiment parti pour la théorie infundibulo-tuberienne, chère à ses maîtres, l'extrait pituitaire, dont il n'est pas possible de nier l'activité thérapeutique, n'a qu'une action symptomatique. Peut-être ici est-ce aller vite en besogne, un délai est désirable avant de brûler complètement les idoles d'antan.

Porak, tenant à marquer l'importance des déterminations cutanées dans l'insuffisance thyroïdienne, décrit ensuite le myxœdème et les nombreux états cliniques qui s'en rapprochent dans un chapitre « syndromes endocriniens et maladies de la peau », et la même extension est observée au chapitre suivant qui traite des syndromes endocriniens et des maladies de la nutrition, en particulier diabète, obésité ou maigreur.

Les organes hématopoiétiques étant avec les glandes closes les producteurs du milieu sanguin ces deux catégories d'organes ne peuvent subir une altération sans qu'aussitôt le sang en présente lui-même d'importantes modifications. Inversement, une maladie qui amène des éléments nocifs dans le sang suscite un travail sécrétoire particulier qui intervient dans la défense de l'organisme et dans le rétablissement d'un milieu intérieur normal. L'étude plus approfondie des substances excitantes contenues dans le sang veineux des glandes endocrines a conduit à une distinction suivant la destinée de ces substances. Mais là encore il existe d'importantes divergences dans l'opinion des auteurs : l'adrénaline par exemple est-elle une hormone sympathicotonique comme le veut Tournade, qui apporte à l'appui de sa thèse des arguments expérimentaux d'une force indiscutable ? ou bien est-ce un produit analogue à l'urée formé dans les surrénales aux dépens de substances toxiques de provenance musculaire, comme le croit Porak ? Ce que ce dernier met surtout en évidence, c'est la grande complexité des phénomènes biologiques, l'état physico-chimique normal du sang étant dû à la collaboration d'un grand nombre de glandes.

Un long article traite des syndromes endocrino-végétatifs ; l'auteur, après avoir étudié l'anatomie du système nerveux végétatif, les reflexes végétatifs, fait une critique serrée des idées de Eppinger et Herss et de leur division classique en syndromes vagotoniques et *sympathicotoniques*. Il apporte une nouvelle classification en dysvégétatonies fibrillaires, métamériques et généralisées, conception à la fois intéressante et originale qui mérite, écrit le Professeur Roger d'être méditée.

Tous les chapitres précédents ne s'attachant à aucune glande en particulier mais touchant la généralité des faits, constituent une sorte de sémiologie endocrinienne, qui sert d'introduction aux syndromes purement glandulaires.

A côté du myxœdème, Porak décrit les congestions thyroïdiennes, les infections, puis les goitres, dont il passe en revue les types différents. La maladie de Basedow est l'objet d'une étude soigneuse : l'épreuve de Gœtch en particulier ainsi que nous l'avons montré avec Sainton jouit pour l'auteur d'une vogue injustifiée.

La tétanie est-elle un syndrome endocrinien ? Porak s'efforce de justifier le rôle capital joué par la privation des glandes parathyroïdes, il signale les tests de l'hyperexcitabilité mécanique, electrique des nerfs, sensitive, les épreuves glandulaires et pharmacodynamique, il conclut par l'analyse de la tétanie post-opératoire.

L'examen des syndromes surréno-sympathiques termine le volume, par un rappel anatomique : la maladie d'Addison y est évoquée minutieusement, l'auteur fait état de nombreux travaux personnels qu'il a consacrés à cette question : hypertension artérielle possible, test biologiques par exemple.

Terminant son livre si intéressant, Porak écrit : « Le praticien sera peut-être déçu car il devait attendre un tableau synoplique lui indiquant, dans un cas de sa clientèle, la part à donner à l'insuffisance ou à l'hyperfonctionnement de chaque glande et surtout des formules précises d'opothérapie guérissant avec certitude ». Nous avons déjà dit que, pour l'auteur, les états d'hyperfonction glandulaire ne sont pas encore démontrés et qu'il estime qu'il n'y a pas lieu d'en tenir grand compte. D'autre part, il est rare qu'au bout d'un certain temps d'évolution pathologique une glande malade n'altère pas le fonctionnement des autres glandes closes de l'organisme. La notion des syndromes pluriglandulaires extrêmement fréquents à notre avis, et a laquelle Parak n'a peut-être pas donné une part suffisante, n'est pas là pour apporter des clartés nouvelles.

Envisageant enfin l'avenir de l'endocrinologie, l'auteur écrit : « La vague des glandes à sécrétion interne, éclipsée par l'étude du système neuro-végétatif, le sera peut être aussi par une nouvelle pathologie cellulaire.

Les syndromes endocriniens rédigés par un jeune maître aussi rompu à l'expérience physiologique qu'à l'investigation clinique représentent une très intéressante tentative d'interprétation symptomatique, clinique, rompant avec l'étroitesse des cadres habituels et, par l'abondance des renseignements et le souci permanent des indications thérapeutique, le livre mérite d'être goûté autant par l'étudiant avide de documentation que par le praticien en quête de prescriptions magistrales.

Dr E. SCHULMANN.

A propos du traitement biochimique des rhumatismes chroniques. Dans une intéressante lettre parue dans la *Presse Médicale* du 20 septembre, le Dr Bascompte (de Barcelone) recommande comme thérapeutique des rhumatismes chroniques l'emploi d'une teinture d'iode atténuée et glycérinée.

L'efficacité de l'iode est depuis longtemps connue dans le traitement des rhumatismes chroniques ; la difficulté réside dans le mode d'administration ; il ne semble pas que la forme préconisée par l'éminent praticien de Barcelone soit la forme idéale.

Nous avons depuis longtemps en France préconisé des composés iodés d'une efficacité plus grande parce que d'un métabolisme plus complet et n'ayant pas les inconvénients souvent sérieux de l'iodisme. Tel est le corps obtenu avec l'iode et l'urotropine en liaison benzométhylée (42 pour 100 d'iode), connu sous le nom d'iodobenzométhylformine (ou iodaseptine) qui permet l'administration de doses élevées en injections intraveineuses, sans redouter jamais aucun phénomène d'iodisme, ni aucun choc sanguin.

R. C.

© BIU Santé

FAITS CLINIQUES

Hydramnios aigu.

Développement rapide de l'abdomen au début d'une gestation. Phénomènes graves de compression. Laparotomie « in extremis ». Césarienne : évacuation d'une quantité considérable de liquide et de deux jumeaux,

Par P. PERRIN,
Chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis (Seine).

Madame L.P., âgée de 24 ans, entre le 27 août 1924 dans la nuit à l'hôpital de Saint-Denis (service de médecine) pour état asphyxique, dyspnée intense, ventre volumineux, œdème des membres inférieurs et passe, le matin, d'urgence, dans le service de chirurgie.

Les *antécédents familiaux* nous donnent : père et mère vivants (70 et 54 ans) en bonne santé, et un mari gazé pendant la guerre, mais se portant bien actuellement et n'étant ni pensionné ni réformé. Quatre sœurs et trois frères en bonne santé, une sœur morte de suites de couches, un frère tué à la guerre, 1 frère mort jeune, de méningite.

Les *antécédents personnels* nous apprennent qu'elle a toujours joui d'une bonne santé, qu'en particulier elle n'a fait aucune fausse couche, et que ses trois gestations ont été normales, ses trois enfants vivants ayant respectivement 4, 3 et 1 an. Le dernier a été allaité jusqu'en février 1924, date à laquelle tous trois ont été mis en nourrice, cette femme, jusque-là cuisinière étant entrée alors en usine. Elle est très bien réglée depuis l'âge de seize ans. Mauvaise dentition, nombreuses dents perdues au cours de gestations. Pas de pertes blanches, sauf pendant les gestations.

Histoire de la gestation. Les dernières règles ont eu lieu du 15 au 20 mars 1924.

La gestation a été normale jusqu'en juillet, puis il s'est produit une augmentation de l'abdomen dès les premiers jours du mois d'août, cette augmentation s'est rapidement accélérée, est devenue alarmante, entre le 20 et 27, date à laquelle la malade se décide à venir consulter, ce qu'elle n'avait jamais fait jusque-là, car, ayant lieu de se croire en état de gestation, elle n'attachait qu'une importance très relative à la croissance de son ventre, qui pourtant s'accentuait de jour en jour, puis d'heure en heure. Cependant, dans la nuit du 27 au 28, elle est obligée de se faire porter à l'hôpital.

Il y a à ce moment des douleurs abdominales continues de jour et de nuit, empêchant tout sommeil, surtout vives à droite, localisées à l'abdomen et non irradiées.

Les mouvements actifs ont été perçus depuis la fin de juillet, surtout à droite, puis ils ont été très amoindris en août, mais toujours sentis jusqu'à ces derniers jours. Les vomissements sont fréquents (alimentaires et bilieux) pendant la seconde quinzaine d'août. Pas de constipation. Pollakiurie et oligurie.

Devant ce tableau clinique, l'interne de garde pense à une ascite, envisage l'hypothèse d'une ponction et finalement s'abstient.

A l'*examen*, on note : volume énorme du ventre, peau lisse, tendue, stries veineuses ; tumeur en forme de cœur, très symétrique atteignant les fausses côtes ; cette tumeur est dure, extrêmement tendue ; la sensation de flot est très difficile à obtenir, néanmoins perceptible ; matité sur toute la surface de la tumeur, qui est fixe et unie ; l'œdème de la vulve rend le toucher difficile (il est matériellement impossible de sentir le col utérin) ; à l'auscultation de la tumeur, on entend des bruits synchrones au pouls de la femme, pas de battement fœtal perçu ; l'auscultation du poumon décèle de l'œdème des deux bases ; au cœur, on entend un souffle systolique ; pas de température, pouls à 120 ; ni sucre ni albumine ; colostrum dans les seins ; œdème des membres inférieurs.

La malade dyspnéique, cyanosée, est très agitée et se plaint de violentes douleurs abdominales. Elle ne peut tenir la position couchée, et se tient en tailleur sur son lit.

Diagnostic. L'ascite vite éliminée, je considère qu'il y a très probablement gestation avec hydramnios (pas de bruits du cœur, pas de mouvements actifs). Cependant les contractions utérines n'étant perçues que dans le flanc droit, je suis amené à penser qu'il y a une volumineux kyste de l'ovaire, tordu sur son pédicule et refoulant sur la droite l'utérus gravide.

Devant cette malade *in extremis*, je me décide à intervenir.

Intervention. — Laparotomie médiane. La paroi, très mince au niveau de l'ombilic, est le siège d'un œdème voludimeux à la partie inférieure. A l'ouverture, nous nous trouvons en présence d'une masse médiane volumineuse, qui n'est autre que l'utérus, très augmenté de volume. En cherchant à énucléer celui-ci, la trompe droite se déchire. Nous sommes obligés de faire une ligature d'urgence. L'utérus est incisé à sa partie médiane, sur une longueur de vingt centimètres environ. A ce moment, un flot de liquide, évalué à trente litres, sort en trombe, amenant une déchirure du fond de l'utérus. Le liquide évacué, nous trouvons deux fœtus masculins, bien conformés, vivants, qui succombent quelques instants après. Après avoir paré à l'hémorragie et nettoyé consciencieusement l'utérus de tous les caillots, nous refermons, sans drainage.

Malgré les piqûres d'ergotine, l'utérus revient mal sur lui-même. Il reste flasque. Suture de la paroi. Traitement général : sérum physiologique, ergotine, sérum hémopoiétique, glace sur le ventre.

L'anesthésie a été faite prudemment au chloroforme.

Suites opératoires. — Pertes sanguines assez abondantes, pouls oscillant entre 100 et 120 pendant cinq jours, température entre 37,5 et 38,5. Quelques vomissements bilieux. Au dixième jour, nous avons une suppuration légère de la paroi abdominale, suppuration qui a duré cinq jours.

La malade s'est levée le 22e jour, et est sortie complètement guérie le 2 octobre. Ce jour, le toucher a montré un utérus un peu plus gros que la normale, non douloureux, avec culs-de-sac libres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1924.

Diabète sucré par lésion nerveuse. — ***M. Achard*** présente un travail de MM. Jean Camus, J.-J. Gournay et André Le Grand qui concluent de leurs recherches que les lésions du tuber cinereum déterminent un diabète sucré beaucoup plus durable et plus important que le diabète produit par la classique piqûre de Claude Bernard.

L'examen de coupes cérébrales faites en série leur a montré que le centre dont la lésion cause ce diabète est le noyau paraventriculaire, groupe cellulaire très voisin du noyau propre du tuber que MM. Camus et Roussy regardent comme le centre de la polyurie.

Le voisinage de ces deux groupes qui, dans la région postérieure du tuber arrivent au contact, permet de penser qu'ils peuvent être intéressés l'un et l'autre dans le diabète sucré. Il paraît possible que dans le syndrome urinaire diabétique, l'un conditionne la polyurie, l'autre la glycosurie, phénomènes qui peuvent être, soit liés, soit séparés.

Le diabète. — ***MM. Marcel Labbé, Tamalot et Nepveu*** ont provoqué l'hyperglycémie sur neuf malades atteints d'affection du foie et trois diabétiques avec troubles hépatiques. Chez dix de ces malades, les troubles qu'ils présentaient ont diminué ou même disparu après la cure de Vichy, preuve de l'efficacité de cette cure chez les hépatiques et les diabétiques.

Cancer du tube digestif. — ***M. Surmont*** (de Lille) a relevé la

© BIU Santé

statistique des cas de cancers du tube digestif qu'il a observés à l'hôpital. Cette statistique confirme la notion de la grande fréquence de ces cancers et leur apparition souvent précoce. Ce serait le cancer de l'œsophage et du pancréas qui s'observerait le plus fréquemment. Enfin, les chiffres fournis par M. Surmont prouvent aussi que la fréquence des cancers du tube digestif croît avec l'âge.

La rage du l'oulon Fatou ou chien fox. — ***M. Remlinger*** rappelle que, dans l'Ouest africain, on admet qu'il existe un virus rabique spécial, celui du chien fox, peu transmissible et très atténué. Il résulte des recherches de M. Remlinger que les deux virus, celui de la rage commune et celui du chien fox sont identiques et que, conséquemment, les personnes mordues par ce dernier doivent se soumettre au même traitement antirabique que celles qui ont été mordues par un chien atteint de la rage commune.

Stérilisation des objets de pansements. — ***M. Lescure*** fait la critique des appareils stérilisateurs généralement employés et fait connaître les perfectionnements qu'il faudrait y apporter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1924.

A propos des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde. — ***M. Mouchet*** fait un rapport sur un travail de MM. Dubouchet et Ferrari basé sur neuf observations de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Les auteurs sont partisans de l'intervention chirurgicale. Sur ces neuf observations, cinq n'ont pas été opérés. Tous sont morts. Les quatre autres malades ont été opérés : un seul a guéri ; il s'agissait d'une perforation de l'iléon et l'intervention fut pratiquée dès la 3e heure. Les trois autres cas ont été des insuccès, l'un ne fut opéré que le 9e jour. Les deux autres, opérés 6 h. et 8 h. après l'apparition des signes de perforation, étaient des formes très graves. Nous sommes bien loin du pourcentage de 38 % de succès donné dans un article du *Journal de Chirurgie*. Néanmoins le succès obtenu est encourageant la mort étant fatale dans les cas non opérés, car il n'y a pas de traitement médical de la perforation.

Le diagnostic est très difficile entre les vraies et les fausses perforations. En cas de doute il faut intervenir. Anesthésie locale si possible, sinon éther ou chlorure d'éthyle. M. D. est partisan de l'incision sur le bord externe du grand droit. M. F. préfère l'incision médiane sous-ombilicale. Quant au rapporteur, ses préférences vont à l'incision iliaque.

Gastroentérostomie et duodénojéjunostomie. — ***M. Abadie*** (Oran) communique l'observation d'une de ses opérées. Une femme atteinte de ptose abdominale accentuée et présentant une dilatation stomacale considérable lui est envoyée avec le diagnostic de sténose du pylore. L'opération est décidée et pratiquée sous anesthésie rachidienne. L'estomac paraît comme bilobé. Mais un examen plus attentif montre que la portion rétrécie est le pylore et que la seconde poche dilatée est le duodénum.

Il n'y a pas de sténose pylorique mais compression du duodénum, 3e portion, par les vaisseaux mésentériques. M. A. fait d'abord une gastroentérostomie sous-mésocolique postérieure avec rotation de l'anse et ensuite une duodéno jéjunostomie. La malade eut un résultat excellent.

M. Savariaud estime qu'en pareilles circonstances l'exclusion du duodénum est préférable.

M. Grégoire s'élève contre cette opinion. Le drainage de l'estomac seul est absolument insuffisant car il subsiste dans le duodénum des produits toxiques dont la résorption est très dangereuse. Aussi le drainage du duodénum est indispensable. Il est même probable que celui-ci eût à lui seul été suffisant pour amener la guérison.

M. P. Duval est tout à fait du même avis que M. Grégoire.

L'incision de Bazy dans les interventions sur le rein. — ***M. Abadie*** fait une seconde communication sur les avantages que peut donner l'incision transversale de Bazy dans les opérations difficiles sur le rein, travail basé sur 5 observations personnelles : un cas de tumeur polykystique du rein droit, deux cas de kystes hydatiques du rein, un cas de pyonéphrose gauche et un cas de calcul du bassinet. Cette incision permettant d'explorer aisément la face antérieure du rein a paru dans tous les cas faciliter beaucoup l'intervention.

M. Chevassu reproche à l'incision de Bazy de couper le onzième nerf intercostal. Il est pour sa part revenu à l'incision lombaire avec prolongement inférieur en dehors qui permet aussi d'explorer la face antérieure du rein.

M. Michon a toujours trouvé très pratique et très commode l'incision lombo-iliaque de Guyon. On peut aussi brancher sur celle-ci une incision transversale si besoin est, faire par conséquent le contraire de ce qu'a fait dans certaines de ses observations M. Abadie.

MM. Hartmann et Legueu estiment que dans des cas de pyonéphrose quand la néphrectomie a été précédée d'une néphrostomie, comme dans la 4e observation de M. Abadie, la conduite suivie est dangereuse car on travaille en milieu infecté et en ces cas la voie lombaire doit être, à leur avis, résolument préférée.

M. Tuffier estime que la voie lombaire est souvent insuffisante et est arrivé à rendre ses incisions de plus en plus obliques.

Les sténoses incomplètes chroniques sous-vatériennes du duodénum. — ***M. P. Duval*** fait une communication sur le rôle, assez méconnu, des sténoses chroniques incomplètes sous-vatériennes du duodénum, dans la persistance de troubles fonctionnels graves après la gastroentérostomie, communication dont on peut rapprocher le travail de M. Abadie cité plus haut.

Tantôt cette lésion est seule en cause et la gastroentérostomie n'est pas justifiée par les lésions constatées au cours de l'intervention, tantôt il y a sténose concomitante du pylore nécessitant alors la gastroentérostomie.

Mais dans les deux cas, après cette intervention, les troubles persistent, nécessitant une nouvelle intervention, si on n'a pas fait une duodénojujénostomie.

Chez ces malades gastroentérostomisés à troubles persistants, il arrive ou bien que le pylore sténosé ne laisse rien passer ; à l'écran on voit alors toute la bouillie opaque passer par la gastroentérostomie et on ne peut pas voir le duodénum. En ces cas il n'y a jamais de vomissements alimentaires. Si la sténose pylorique n'existe pas ou est incomplète, une partie de la bouillie opaque passe dans le duodénum et on constate les efforts de celui-ci pour franchir l'obstacle et sa dilatation.

Dans tous ces cas la duodénojéjunostomie s'impose et peut à elle seule suffire à guérir les malades. Comme conclusion, l'examen attentif du duodénum s'impose chez tous les malades opérés de l'estomac la sténose duodénale pouvant exister seule ou coexister avec la lésion pylorique.

L'ostéosynthèse des os longs (*Discussions*). — ***M. Dujarrier*** ne veut parler que de l'ostéosynthèse des os longs dans les fractures récentes. Il tient à protester contre les conclusions pessimistes de M. Thiery.

Par les méthodes non sanglantes on n'obtient jamais une réduction parfaite et celle-ci est certainement bien supérieure avec l'ostéosynthèse. On fait à celle-ci plusieurs reproches : 1° *elle peut amener des suppurations* : c'est exact, quoique rare. M. D. a eu deux de ses opérés qui ont suppuré : mais l'un (tous deux avaient des fractures du fémur) s'est amélioré rapidement avec des lavages au Dakin et a gardé ses cercles. L'autre a été plus atteint : il a fallu enlever le matériel de prothèse. La consolidation s'est faite mais avec grosse atrophie et raideur du genou. Donc cette complication existe, mais est rare entre des mains exercées.

2° *Elimination des appareils de prothèse* : elle est beaucoup plus rare que ne l'a dit M. Thiéry. D'après ses cas personnels, le matériel de prothèse n'a dû être enlevé que dans 19,7 % des cas, et cela surtout lorsque l'os suturé est superficiel comme au tibia.

3° *Retard de consolidation* : ces retards se voient aussi bien dans les cas non opérés et rien ne démontre que ce soit la présence de la plaque qui en est cause.

© BIU Santé

4° *Cal volumineux.* — Ce reproche est fondé dans une certaine mesure. Mais ces cals diminuent bien avec le temps.

5° *Résulats tardifs déplorables* : dans 80 % des cas d'après M. Thiéry. Or la statistique de M. D. donne sur 50 cas de fractures des membres ; 23 résultats parfaits sans aucun déchet, 16 résultats bons, 6 médiocres, 5 mauvais.

Présentation de malade. — *M. Veau* présente un *cyclocéphale*, malformation rare.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 novembre 1924.

Sur un cas de tuberculose de première infection chez l'adulte. — *MM. A. Lemierre, Léon Kindberg et Etienne Bernard* rapportent l'observation d'un homme de 31 ans, originaire de Sardaigne et arrivé à Paris depuis huit mois, qui succomba en moins de 15 jours à une maladie à début brusque, caractérisée par de la fièvre, de la toux avec expectoration muco-purulente, par un point de côté droit puis par un syndrome méningé et une hémiplégie terminale. La ponction lombaire montra une lymphocytose abondante dans le liquide céphalo-rachidien. A l'autopsie, granulie récente généralisée aux poumons et aux viscères ; mais il existait de plus à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit, près du hile, une petite caverne de formation récente, du volume d'une noisette, et dans son voisinage presque immédiat, un volumineux ganglion trachéo-bronchique entièrement caséeux. Ni adhérences pleurales, ni trace de cicatrice fibreuse ou de tubercule crétacé.

Se fondant sur ces constatations les auteurs croient pouvoir conclure qu'il s'agit là d'une tuberculose de première infection apparue chez un homme ayant échappé jusque-là à la contamination tuberculeuse et qui, exposé largement à cette contamination après son arrivée à Paris, a, presque immédiatement après la constitution du chancre d'inoculation représenté par la caverne, réalisé une généralisation de la bacillose.

Gangrène pulmonaire et tuberculose *(à propos du procès-verbal)*. — *M. Lemierre* insiste sur la coexistence de lésions de gangrène pulmonaire au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique.

M. Julien Huber rappelle un cas de gangrène superficielle des bronches survenue au cours de l'évolution d'une bacillose cavitaire où la sérothérapie anti-gangréneuse polyvalente associée à la sérothérapie antistreptococcique a donné un très bon résultat.

Crises angineuses et encéphalite épidémique. — *M. Laubry* rapporte une observation très intéressante d'angor apparue chez un homme de 60 ans, fumeur, non syphilitique, présentant une encéphalite épidémique avec myoclonie et hoquet. L'auteur rapproche cette algie thoracique des algies viscérales, abdominales signalées dans la névraxite.

M. Netter signale un cas d'encéphalite à début par des manifestations angineuses.

M. Sicard a observé fréquemment des névralgies du membre supérieur avec hoquet. Pour cet auteur, il s'agit de pseudo-angor au cours de l'encéphalite.

Syndrome angineux et insuffisance thyroïdienne. — *MM. Ch. Laubry, Mussio-Fournier et Walser* apportent un cas d'angine de poitrine d'effort typique, par insuffisance cardiaque, apparaissant chez un homme de 47 ans, au milieu d'un syndrome hypothyroïdien, qui les incita à appliquer d'une façon exclusive le traitement thyroïdien. Le résultat fut remarquable : les douleurs angineuses, qui duraient depuis plus de 3 ans et qui avaient fait du malade un véritable infirme, disparurent en 10 jours sous l'influence d'une médication intensive.

Les auteurs exposent, à ce propos, les différentes hypothèses que suggère une telle évolution. Ils se rallient à celle d'un trouble de la tonicité du myocarde, qui rentre dans le cadre du syndrome auquel ils donnent le nom de *myocardie* et dans lequel les troubles du métabolisme thyroïdien jouent sans doute un rôle prédominant.

Ils insistent toutefois sur le caractère exceptionnel de leur observation et sur le danger qu'il y aurait à appliquer systématiquement la médication thyroïdienne en dehors de conditions étiologiques nettement précisées.

M. Lian considère qu'un régime déterminant un certain amaigrissement, comme le traitement thyroïdien, améliore souvent les angineux.

M. Mussio Fournier considère que dans le cas de M. Laubry la thyroïde agit par une action directe sur la musculature.

M. Lemierre considère que la thyroïde agit sur la diurèse et qu'il y a peut-être lieu de tenir compte de l'action sur le métabolisme de l'eau.

Action expérimentale et clinique du sérum de mouton éthyroïdé. — *MM. Couland et Lougnon.* — Depuis les travaux de Ballet et Enriquez, de Mœbius, le traitement du basedowisme par le sérum d'animal éthyroïde est devenu classique. Cependant depuis 1913 divers auteurs se sont montrés sceptiques à l'égard de cette médication. E. Coulaud et Lougnon ont repris cette question et constaté que le sérum de mouton éthyroïdé injecté au lapin, même à haute dose, ne détermine aucune modification au niveau du corps thyroïde.

Sur 8 malades traités par ce sérum, en injections sous-cutanés, ils ont noté une amélioration, 4 résultats nuls et 3 aggravations notables.

Les auteurs estiment donc qu'il est difficile d'admettre la présence de substance antithyroïdienne dans le sérum des animaux éthyroïdés. Ils pensent que s'il existe des actions interglandulaires, elles doivent agir plutôt dans le sens de la stimulation, ce qui expliquerait la fréquence des aggravations à la suite de ce traitement.

De l'efficacité du gardénal dans certains cas d'asthme. — *M. Ch. Pagniez* relate l'observation d'une malade atteinte d'asthme grave depuis deux ans qui en octobre 1921 était depuis plusieurs semaines en véritable état de mal asthmatique avec dyspnée permanente et crises subintrantes, s'opposant à l'alimentation, rendant le sommeil à peu près impossible et ayant entraîné un amaigrissement considérable. On ne constatait aucun signe stéthoscopique ou radioscopique de tuberculose. L'enquête sur l'origine anaphylactique possible des crises était absolument muette.

Des différents médicaments essayés, seule l'évatimine ou l'adrénaline pure amenaient une sédation momentanée. La belladone et même l'atropine à hautes doses étaient sans action et il en avait été de même de toutes les médications classiques. Avant de recourir à la méthode des cuti-réactions pour essayer de dépister une sensibilisation cachée, M. Pagniez voulut essayer l'effet d'une médication calmante et eut recours au gardenal. Dès les premiers jours, avec 0,10 de médicament, on observait une sédation remarquable, qui s'accentuait encore en portant la dose quotidienne à 0,15. En un mois environ, toutes les crises d'asthme avaient disparu, le sommeil était revenu, l'alimentation était copieuse. Au bout de trois mois, le gardénal fut supprimé et l'asthme ne reparut pas pendant deux ans. Chose curieuse, le gardénal fut sans effet sur des crises d'hydrorhée nasale, qui persistèrent.

Dans un autre cas d'asthme, moins grave il est vrai, l'auteur a obtenu également un excellent résultat, par contre la médication a échoué chez plusieurs autres malades. Il y a donc des cas d'asthme dont on ne peut encore indiquer ni la fréquence ni le type exact, qui sont sensibles de manière remarquable au gardenal. C'est là un fait intéressant à un double point de vue : en tant qu'acquisition thérapeutique nouvelle et aussi comme une nouvelle démonstration des relations qui existent entre l'épilepsie, la migraine et l'asthme ou du moins entre certaines formes de ces maladies.

M. Sézary a obtenu la disparition des crises angineuses par le gardénal.

M. P. Vallery-Radot dans le cas d'athme a abtenu des résultats légers dans deux cas et nuls dans les deux autres.

Résultats fournis par les diverses méthodes d'exploration de la tension artérielle. — *MM. Rimbaud et Vallet* (de Montpellier)

© BIU Santé

ont étudié comparativement les résultats fournis dans la mesure de la tension artérielle par des méthodes palpatoires, auscultatoires et oscillométriques.

Le plus souvent les résultats obtenus sont conformes aux données classiques. Cependant dans un assez grand nombre de cas (plus de 10 % dans leur statistique) il y a un écart considérable entre les chiffres donnés par l'appareil de Pachon-Gallavardin et ceux donnés par l'appareil de Vaquez-Laubry. Cet écart peut être de 3 à 4 cent. et plus, aussi bien pour la minima que pour la maxima. C'est en général la méthode auscultatoire qui donne alors les chiffres les plus élevés. L'inscription de ces résultats sur des courbes comparatives met cette discordance en évidence.

Le dérivé formylé de l'acide méta-amino-para-oxy-phényl-arsinique (tréparsol) dans le traitement de l'amibiase. — ***M. Ch. Flandin,*** après avoir rappelé les admirables résultats obtenus par les injections de chlorhydrate d'émétine administrée à dose suffisante dans la dysenterie amibienne, indique que dans un certain nombre de cas, la dysenterie ne peut être jugulée par l'émétine, laquelle est inactive vis-à-vis des kystes amibiens. Les composés arsenicaux tels que le narsénol et le stovarsol sont, dans ces cas, d'utiles adjuvants, mais ils s'éliminent de façon inconstante. S'inspirant des travaux de Clément Simon dans la syphilis, l'auteur a pensé que le tréparsol, dont l'absorption intestinale est complète et l'élimination régulière pourrait être actif contre la dysenterie. L'expérience a vérifié cette hypothèse et les observations rapportées démontrent l'activité du tréparsol dans l'amibiase.

A propos d'un cas de pancréatite hémorragique à forme subaiguë. — ***MM. Laignel-Lavastine et Potez*** rapportent l'observation d'une lithiasique biliaire morphinomane qui, 8 jours après une cure de désintoxication présenta un syndrome solaire aigu d'excitation, pris, comme c'est la règle, pour une occlusion intestinale, et déterminé par une pancréatite hémorragique avec stéatonécrose. La cholécystectomie avec drainage du cholédoque fut suivie d'anurie et de diarrhée profuse graisseuse, puis les urines apparurent très albumineuses avec pigments biliaires et urobiline. Un demi-litre de bile était perdu chaque jour ; le 22e jour après l'opération, une nouvelle crise douloureuse obligea une nouvelle laparotomie qui montra une collection purulente d'un litre dans laquelle nageait des débris pancréatiques. L'autopsie confirma le diagnostic de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose, lithiase biliaire, dégénérescence hépatique et néphrite hémorragique. On peut se demander si la cure de démorphinisation n'a pas facilité la pancréatite hémorragique.

Une nouvelle mycose pulmonaire simulant la tuberculose due au saccharomyces granulatus. — ***MM. André Philibert et François Cordey*** ont observé un cas de pseudo-tuberculose pulmonaire, provoqué par un champignon : le saccharomyces granulatus, On ne connaît jusqu'à ce jour que quatre cas d'affections dues à ce parasite en pathologie humaine, à localisations cutanées. C'est la première localisation pulmonaire observée.

Il s'agit d'un blessé de guerre qui, le soir même de sa blessure (perforation de l'intestin par balle) commence une affection pulmonaire, à début bruyant et fébrile, à type de bronchopneumonie, qui se prolonge pendant plusieurs mois, puis évolue ensuite d'une façon chronique, pendant cinq ans, avec des phases d'accalmie entrecoupées de poussées aiguës à type de bronchite diffuse, une fois même de congestion pulmonaire. Cette affection entraîne de la dyspnée habituelle, de la toux, de l'expectoration, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement. A l'auscultation, il y a induration pulmonaire bilatérale mais prédominante à droite avec des foyers de râles humides à type de craquements au niveau du hile ; les signes sont plus marqués aux deux sommets. Le malade considéré comme tuberculeux, présenté à une commission de réforme, a été pensionné comme tel, sans examen des crachats. Les auteurs, par l'examen de ceux-ci, la culture, l'inoculation au cobaye, constatent l'absence de bacilles de Koch mais, par contre, la présence du *saccharomyces granulatus*, levure qui donne des colonies typiques, de teinte rose-corail sur les bouillons de culture. Cette mycose, qui résiste à l'iodure de potassium est au contraire, sensible au bleu de méthylène (Fontoynont et Pax Salvat) et les auteurs ont obtenu la guérison complète, clinique et bactériologique de leur malade, avec ce médicament. Ils insistent à ce propos, moins sur l'intérêt d'un nouveau cas de mycose pulmonaire que sur la ressemblance clinique de toutes les mycoses pulmonaires avec la tuberculose et sur la nécessité de l'examen systématique, répété et poursuivi des crachats, pour la recherche du bacille de Koch et, éventuellement pour les champignons parasites.

René GIROUX.

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

De l'utilité d'un médicament somnifère et de son choix

On a tendance à considérer la médication hypnotique comme un pis aller auquel il ne convient de recourir qu'en cas de nécessité absolue. Cette opinion, assez courante, provient des mécomptes que donnent beaucoup d'agents somnifères, et des accidents qu'ils provoquent parfois. Pourtant, si l'on étudie ces accidents, l'on voit qu'en réalité ils ne se produisent guère que chez les vieillards et les sujets atteints d'affections cardiaques ou rénales, ou encore chez des maniaques qui dépassent de beaucoup les doses médicalement utiles. Mais si, d'autre part, l'on considère l'importance très grande qu'a le sommeil au point de vue du repos physiologique de l'organisme, on acquerra la conviction que l'insomnie prolongée est infiniment plus préjudiciable que peut l'être la médication hypnotique, si elle est judicieusement choisie et convenablement administrée. Cette importance du repos nocturne est d'autant plus grande que l'on a affaire à des sujets nerveux, chez lesquels l'insomnie ne tarde pas à provoquer un état d'irritabilité psychique ; il se crée alors très facilement une phobie de l'insomnie qui, à son tour, renforce et augmente celle ci.

En brisant dès son apparition ce cercle vicieux, on rendra toujours un signalé service au malade chez lequel il est en voie de se produire. Le dial sous ses diverses formes, est alors le médicament de choix, parce que sûr dans son action très maniable, dépourvue de toute action secondaire fâcheuse lorsque la dose normale n'est pas dépassée. Il est absolument sans danger pour le foie ou le rein lorsque ces organes sont sains : l'exemple de sujets en ayant pris journellement pendant des années (exemple que nous ne saurions certes recommander, mais qui a sa valeur expérimentale), le démontre d'une façon indiscutable.

On emploiera dans la plupart des cas le dial en comprimés, forme commode et très pratique pour l'usage courant chez les adultes. Pour les enfants, et pour les sujets qui avalent mal les comprimés — chose fréquente chez les nerveux — on recourra de préférence au *dial soluble*, que l'on prescrira en gouttes. Ce mode d'administration, au dosage sûr et précis, donne toute sécurité dans les cas où l'on veut graduer la dose suivant les effets observés (V à XXV gouttes chez les enfants, XXX à LX chez les adultes). Enfin, chez les délirants, les agités graves, les grands anxieux, les alcooliques, on emploiera la voie hypodermique (une ou deux ampoules par 24 heures). Cette forme est aussi tout indiquée dans les hémoptysies pour obtenir le repos complet du malade sans la morphine, qu'il est toujours préférable d'éviter lorsqu'on le peut.

A. J.

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des brûlures

Méthode de Quénu et Küss modifiée

Toujours considérer les brûlures comme des plaies septiques.

Dans la méthode de Quénu et Küss, exposée dans la thèse de Valade, Paris, 1924, le taffetas chiffon ou le protective de Lister, est placé directement sur la lésion. L'interposition d'un corps gras doué de propriétés kératoplastiques, nous paraît être un perfectionnement.

BRULURES INTÉRESSANT SEULEMENT LES TÉGUMENTS
(1er et 2e degrés)

Lavage soigneux de la plaie au savon liquide.

Décapage des téguments environnants à l'éther.

S'il existe une phlyctène intacte, la percer aseptiquement.

1° *La plaie ne suppure pas* :

Le premier jour panser à la vaseline *stérile*.

Dès le 2e jour, étendre sur la brûlure, une couche d'*Inotyol* : une feuille de taffetas chiffon plongé dans l'eau bouillante, recouvre directement la pommade ; le pansement est complété par du coton stérile, et une bande crêpe.

Pansements journaliers. Décaper soigneusement la plaie au sérum physiologique (NaCl) 7 %, tiède.

Exposer la plaie pendant un quart d'heure à l'air. Renouveler ensuite le pansement.

2° *La plaie suppure* :

Après décapage au sérum, laver soigneusement la plaie au savon liquide, en tamponnant, sans frotter pour ne pas faire saigner les bourgeons.

Exposer à l'air pendant un quart d'heure, et panser à l'*Inotyol*.

Dès le 8e jour, la suppuration diminue : le nombre de microbes est réduit considérablement, et la cicatrisation peut se faire malgré la légère infection qui persiste.

BRULURES INTÉRESSANT LES TISSUS SOUS-TÉGUMENTAIRES.
(3e et 4e degrés)

Eplucher la plaie :

Enlever aux ciseaux les tissus en voie de sphacèle, *sans jamais faire saigner*.

Pendant les 3 ou 4 premiers jours, pansements à la vaseline stérile : tout autre corps étant douloureux.

Dès le 5e jour, pansements journaliers à l'*Inotyol*, après savonnage et lavage au sérum.

Avoir soin de laisser *respirer* la plaie, un quart d'heure chaque jour avant le pansement.

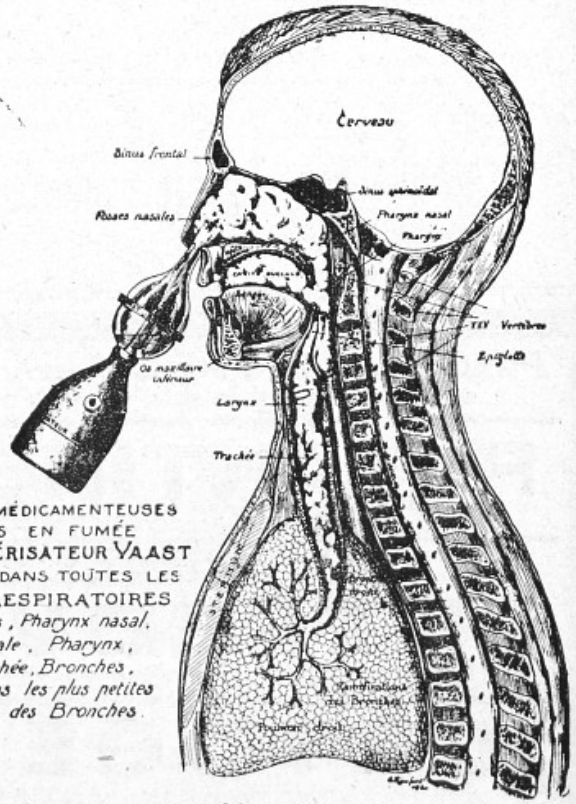
Le bourgeonnement est rapide, la cicatrisation se fait normalement, les tissus cicatriciels sont souples et non rétractiles.

Les brûlures intéressant le squelette relèvent d'une intervention chirurgicale qui constitue le premier temps du traitement.

COMPRIMÉS DE SANALGINE

LE SPÉCIFIQUE CONTRE LES
MIGRAINES, MAUX DE TÊTE, NÉVRALGIES, FIÈVRES
NOMBREUSES ATTESTATIONS DE MÉDECINS ET DENTISTES
EFFET TRÈS PROMPT ET SANS AUCUN INCONVÉNIENT
LE TUBE DE 10 COMPRIMÉS 4 FR. 40 (IMPÔT COMPRIS), DANS TOUTES LES PHARMACIES
EMBALLAGE À PRIX TRÈS RÉDUIT POUR CLINIQUES, HÔPITAUX ET MÉDECINS DE CAMPAGNE — ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE ADRESSÉE AU
LABORATOIRE SANAL, St LOUIS (Hr Rhin)

COUPE ANATOMIQUE
MONTRANT LE TRAJET, DANS LES VOIES RESPIRATOIRES DU BROUILLARD MÉDICAMENTEUX PROJETÉ PAR LE
PULVÉRISATEUR VAAST



LES HUILES MÉDICAMENTEUSES PULVÉRISÉES EN FUMÉE PAR LE PULVÉRISATEUR VAAST PÉNÈTRENT DANS TOUTES LES VOIES RESPIRATOIRES
Fosses nasales, Pharynx nasal, Cavité buccale, Pharynx, Larynx, Trachée, Bronches, & jusque dans les plus petites ramifications des Bronches.

Pulvérisateur VAAST, 22, rue de l'Odéon, PARIS

MYCODERMINE DÉJARDIN
(EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES doué de toute l'efficacité de la LEVURE FRAICHE)



PHOSPHOREOL DUROY
TONIQUE PHOSPHORIQUE. — Le plus RAPIDE - Le plus PRATIQUE
CERVEAU - CŒUR - MUSCLES
ÉCHANTILLON : 34, Boulevard de Clichy, PARIS

© BIU Santé

NOUVELLES (*Suite*)

Cours de l'Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres, XVe). — *Année* 1924-1925. — Lundi 1er décembre, à 14 h., Dr PAUCHET : Les hémorragies gastriques post-opératoires ; lundi 15 décembre, à 14 h., Dr HEITZ-BOYER : Le traitement moderne des urétrites chroniques ; lundi 22 décembre, à 14 h., Dr André SOREL : Radiologie ; lundi 12 janvier, à 14 h., Dr Maurice DELORT : Les hémorragies digestives sans lésion macroscopique visible ; lundi 26 janvier, à 14 h., Dr PAUCHET : Occlusion intestinale aigue ; lundi 9 janvier, à 14 h., Dr Maurice DELORT : Troubles hépatiques (1re leçon) ; lundi 16 février, à 14 h., Dr André SOREL : Radiologie ; lundi 23 février, à 14 h., Dr LÉOPOLD-LÉVI : Comment reconnaître les diverses variétés de l'insuffisance endocrinienne ; lundi 2 mars, à 14 h., Dr Maurice DELORT : Troubles hépatiques (2e leçon) : lundi 9 mars, à 14 h., Dr LUQUET : Notes sur la chirurgie biliaire lundi 16 mars, à 14 h., Dr HEITZ-BOYER : Diagnostic du syndrome entéro-rénal ; lundi 23 mars, à 14 h., Dr PAUCHET : La démultiplication opératoire ; lundi 30 mars, à 14 h., Dr LÉOPOLD-LÉVI : Les angiocriniens.

Hôpital Laënnec (42, rue de Sèvres). — Conférences de clinique médicale pratique. — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 7 décembre 1924. Elle aura pour sujet : Les arthropathies tabétiques.

Association générale des étudiants de Paris. — Le Docteur DEBAT, directeur des Laboratoires de l'*Inotyol*, a créé 6 bourses de vacances de 500 francs chacune, pour être attribuées à des étudiants en médecine français, de santé délicate et de situation digne d'intérêt, 3 bourses seront réservées aux membres de l'Association Générale, et 3 aux membres de l'Association Corporative.

Les étudiants en médecine, très touchés de ce geste généreux, sont heureux d'adresser tous leurs sincères remerciements à leur confrère le Docteur DEBAT.

Hôpital Lariboisière. — *Maladie du cœur et des vaisseaux* (Docteur Antonin CLERC, Salles Grisolle et Rabelais). — Le mardi, à 10 h., consultation externe et polyclinique ; le vendredi, à 10 h., radioscopie et électro-cardiographie ; le samedi, à 11 h., leçon clinique.

Ligue du lait (30 rue des Ecluses Saint-Martin). — La commission technique de la Ligue du Lait, réunie le 15 novembre 1924, sous la présidence du professeur Ch. Porcher, émet le vœu que la législation sur la spéculation illicite, actuellement en discussion devant le Parlement, respecte les intérêts sacrés de l'enfance et de l'hygiène publique, et que le lait pur, propre et cru, indispensable aux nouveau-nés privés du sein maternel, ne soit soumis à aucune loi susceptible d'en tarir la production.

Leçons sur la syphilis. — Le Docteur LEREDDE commencera le, dimanche 7 décembre 1924, à 10 h. 1/2 du matin, à son dispensaire 54, rue Saussure (XVIIe), métro Villiers, une série de leçons sur la syphilis héréditaire de l'enfance et son traitement, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France. — L'assemblée générale qui devait avoir lieu le 29 novembre, est reportée au samedi 6 décembre, à 16 heures, 12, rue de Seine. Adresser les demandes de candidature au Président : Dr DURAND FARDEL, 164, rue de Courcelles (XVIIe) toute autre correspondance au secrétaire général, Dr AINE, 12, rue de Seine.

Ministère des pensions. — INSTRUCTION POUR L'APPLICATION DU DÉCRET DU 31 OCTOBRE 1924 FIXANT LES ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE POUR L'ATTRIBUTION DES PENSIONS. — Art. 1er. — La commission consultative médicale est composée comme suit :

1° Un président, médecin-inspecteur ou médecin principal de 1re classe de l'armée active ;

2° Un vice-président, médecin principal de l'armée active ;

3° Des membres en nombre variable, selon les besoins comprenant :

a) Des médecins militaires de l'armée active, de la guerre ou de la marine. Les uns et les autres étant plus spécialement chargés des questions relatives au personnel relevant de leur département.

b) Eventuellement, des médecins civils, vacateurs pourvus, soit de titres universitaires ou hospitaliers acquis au concours, soit du titre de médecin expert près des tribunaux civils, soit du diplôme de l'institut de médecine légale de Paris ou ayant dix ans de pratique médicale.

4° Un officier d'administration du service de santé de l'armée active, gestionnaire et des comptables civils en nombre variable, selon les besoins ;

(*Voir suite page* 1070).

PRODUITS SPÉCIAUX DES LABORATOIRES "A. LUMIÈRE"
R. C. Lyon A. 13.338 PARIS, 3, rue Paul-Dubois. — M. SESTIER, pharmacien, 9, Cours de la Liberté, LYON

RHÉANTINE LUMIÈRE
Vaccinothérapie par voie gastro-intestinale des uréthrites aiguës et chroniques et des divers états blennorrhagiques.
Quatre sphérules par jour, une heure avant les repas.

Contre la FIÈVRE TYPHOÏDE immunisation et traitement par
ENTÉROVACCIN LUMIÈRE
ANTITYPHO-COLIQUE POLYVALENT — Sans contre-indication, sans danger, sans réaction.

CRYOGÉNINE LUMIÈRE
ANTIPYRETIQUE ET ANALGÉSIQUE
Pas de contre-indication. — Un à deux grammes par jour. — Spécialement indiquée dans la FIÈVRE TYPHOÏDE

PERSODINE LUMIÈRE
DANS TOUS LES CAS D'ANOREXIE ET D'INAPPETENCE

BOROSODINE LUMIÈRE
Solution de tartrate borico-sodique rigoureusement définie et dosée.
Toutes les indications, aucun des inconvénients du tartrate borico-potassique et des Bromures pour le traitement des AFFECTIONS NERVEUSES de TOUTE NATURE

ALLOCAÏNE LUMIÈRE
Aussi active que la cocaïne - Sept fois moins toxique
Mêmes emplois que la Cocaïne.

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement hydrominéral des maladies de la peau

Par le docteur **Paul BLUM**

Chargé de cours d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de Strasbourg

On sait qu'il existe deux grands groupes d'eaux thermo-minérales : les eaux de synthèse et les eaux de retour.

Les *eaux de synthèse* sont créées par la nature dans les régions profondes qui avoisinent la partie la plus superficielle du noyau central ; d'après A. Gautier elles résultent de la distillation des roches portées au rouge par le contact des laves incandescentes qui montent de la profondeur, ou bien encore de la combustion de l'hydrogène central qui se combine avec l'oxygène des oxydes métalliques, ou avec celui qui provient de la surface du sol.

Ces eaux de synthèse ont généralement une thermalité élevée, un débit constant, et transportent les mêmes éléments gazeux que l'on constate dans les fumerolles et les émanations volcaniques : on peut y trouver de l'hélium, de l'actinium, du thorium, de l'azote, de l'acide carbonique, des sels ammoniacaux, du fluor, du brome, de l'iode, de l'arsenic, du bore, du cuivre, du fer et du soufre. Mais ces substances sont contenues à des doses si faibles que le mode d'action de ces eaux est surtout énergétique, c'est-à-dire qu'il dépend plus de l'état dans lequel se trouve la matière que de cette matière elle-même. A l'heure actuelle on tend à admettre que la radio-activité et l'état d'ionisation constituent pour les eaux de synthèse les deux facteurs thérapeutiques les plus importants.

Les *eaux de retour* résultent de précipitations atmosphériques qui descendent jusqu'à ce qu'elles rencontrent une couche imperméable, puis elles ressortent à la faveur d'une faille, d'une flexure qui amènent la couche imperméable au contact avec la surface, ou encore grâce à un forage qui va les chercher dans la profondeur.

Ces eaux de retour sont chaudes ou froides suivant qu'elles sont descendues plus ou moins loin dans le sous-sol.

Pendant leur trajet à travers les couches géologiques, elles dissolvent les substances minérales qui entrent dans la composition des terrains qu'elles traversent, et elles reviennent au jour plus ou moins minéralisées.

Elles doivent leur valeur thérapeutique à la nature des substances dissoutes : leur action est plus chimique qu'énergétique.

C'est ainsi que les eaux de retour agiraient davantage sur le métabolisme général des malades et les eaux de synthèse sur les lésions périphériques : les premières seraient surtout utilisées en boisson, les secondes en applications externes.

Toutefois certaines eaux, comme celles du Plateau central, participent aux propriétés des eaux de synthèse et des eaux de retour : venues de la profondeur où elles ont été créées par synthèse, elles se sont chargées pendant leur ascension de produits divers, qui ajoutent à leur puissance énergétique l'action chimique de sels minéraux variés.

***

Dans les maladies de la peau on utilisera tantôt les eaux *énergétiques*, tantôt les eaux *chimiques*, suivant qu'on voudra atteindre la lésion ou la diathèse. Mais chaque fois qu'on le pourra, on s'efforcera de trouver la station dont les eaux soient capables d'agir à la fois sur la constitution du sujet et sur son affection cutanée.

Aussi convient-il de ranger les maladies de peau en deux grandes classes : la première comprend celles que Brocq a appelées les *entités morbides vraies*, pour lesquelles le traitement hydro-minéral interne n'a qu'une importance secondaire ; la seconde comprend les *réactions cutanées*, qui sont la manifestation périphérique d'un état constitutionnel particulier.

Traitement des entités morbides vraies.

Nous ne classons sous cette rubrique que les maladies microbiennes ou parasitaires, dont le siège est à la périphérie. Les manifestations cutanées de la tuberculose et de la syphilis nous apparaissent plutôt comme des réactions cutanées, sur des terrains dont le germe pathologique n'échappe plus à nos investigations.

On peut dire que les eaux sulfureuses constituent la cure de choix pour la majorité des entités morbides vraies.

Les staphylococcies, les acnés juvéniles rebelles, les acnés profondes et indurées du menton chez la femme, les folliculites de la barbe et de la moustache chez l'homme, même parvenues à l'état de sycosis, les accidents rebelles d'hydrargyrisme, les éruptions intertrigineuses, l'érythrasma, le pytiriasis versicolor, bénéficient heureusement des eaux sulfureuses de *Challes*, d'*Uriage*, de *Barèges*, de *Cauterets* et d'*Ax-les-Thermes*. Dans certaines formes rebelles de folliculites que Brocq a nommées sycosis lupoïde, on a obtenu des résultats inespérés par des pulvérisations d'eau de Luchon et des applications de baregine.

Mais, dans ces dermatoses, qui semblent évoluer indépendamment du terrain sur lesquels on les rencontre, il importe tout de même de ne pas perdre de vue que souvent l'infection microbienne n'a pu se développer qu'à la faveur d'un mauvais état de la peau, en rapport avec le fonctionnement défectueux de certains viscères ou de certaines glandes.

C'est ainsi que des furonculoses sont liées au diabète ou à l'intoxication d'origine gastro-intestinale, que certaines acnés dépendent de troubles ovariens et que l'obésité favorise les éruptions intertrigineuses. Dans ces cas, il faudrait combiner à la cure sulfureuse l'action des eaux alcalinisantes ou stimulantes, un séjour à Luxeuil ou une saison à Brides-les-Bains.

Traitement des réactions cutanées.

Pour le choix judicieux des stations hydro-minérales qui conviennent à la thérapeutique des *réactions cutanées* il faut distinguer les *dermatoses irritables* et les *dermatoses torpides*.

Dermatoses irritables.

A ce groupe appartiennent : les dermato-neuroses, les les prurits, les prurigos, les lichens, l'érythème polymorphe, l'herpès, les formes d'eczéma aigu, l'urticaire chronique.

Les stations qui conviennent à ces réactions aiguës, sont presque exclusivement celles dont les eaux thermales simples, peu minéralisées, souvent radio-actives, agissent par leurs propriétés physio-chimiques beaucoup plus que par la nature des substances en dissolution.

Les stations types de ce groupe sont : *Neris*, *Sail-les-Bains*, *La Roche-Posay* et *Saint-Gervais*.

© BIU Santé

A Néris on enverra surtout les prurits, d'origine nerveux, ceux des tabétiques et des névrosés, et aussi les dermatoses prurigineuses des neuro-arthritiques qui bénéficieront des faibles quantités de bicarbonate et de sulfate de soude contenues dans les eaux.

Les eaux de *Bagnères-de-Bigorre* auraient des effets à peu près semblables; mais Bagnères-de-Bigorre, plus élevé et plus frais, conviendra mieux en juillet-août, tandis que Neris sera préféré en juin et septembre.

La station de *Sail-les-Bains*, complètement rénovée dans ces dernières années, possède des eaux qui comptent parmi les plus radio-actives de France. Elles sont surtout efficaces dans les dermatoses inflammatoires ; les pyodermites s'y améliorent très vite ; les prurits disparaissent souvent dès les premiers bains, sans qu'on sache si cette heureuse action est le fait des émanations radio-actives, de l'azote qui s'y trouve en quantité notable, ou des gaz rares.

La Roche-Posay est faiblement radio-active : mais elle renferme en quantité notable du sélénium. La présence de ce métalloïde, très voisin du soufre, intervient sans doute dans l'heureuse action de cette eau sur les eczémas suintants et sur le prurit en général, et surtout la variété la plus rebelle des prurigos : le prurigo de Hebra.

Saint-Gervais à l'avantage sur les stations précédentes d'être à une altitude de 600 mètres et de combiner heureusement la cure thermale et la cure climatique. Les bains agissent comme un topique doux, onctueux, décongestionnant, ne provoquant pas de poussée et sont supportés par des malades qui ne pouvaient tolérer même un bain d'amidon.

Dans certains cas, où il faudra joindre à l'effet calmant des eaux une légère action substitutive, *Molitg* et *Luchon* pourront être conseillées. Leurs eaux, légèrement hyposulfitées et riches en barégine, agiront heureusement sur l'affection cutanée et calmeront les démangeaisons grâce à l'azote qu'elles renferment.

Dermatoses torpides.

Dans cette classe on peut ranger les eczémas séborréiques, les parakératoses psoriasiformes, l'echtyma, le psoriasis, les pelades rebelles, les leucoplasies, et certaines manifestations cutanées de la tuberculose.

Contre ces diverses affections il faut mettre en œuvre une médication thermale énergique, qui combinera son action locale à ses effets sur l'état constitutionnel du sujet.

De nombreuses stations se partagent les malades de cette catégorie : *Luchon*, *Uriage*, *Cauterets* et *Barèges*, constituent les principales : mais Allevard, Challes, Enghien, bien que plus spécialisées dans le traitement des affections respiratoires, pourraient, dans certains cas de convenances personnelles, être utilisées pour cette thérapeutique particulière.

Barèges mérite une place à part pour ses polysulfurées très actives qui ont donné de bons résultats dans le traitement des psoriasis.

L'élément actif de toutes ces eaux est constitué par le soufre, qui agit tantôt sur la nutrition cutanée, tantôt sur le métabolisme général comme antitoxique et sensibilisant.

Dans les leucoplasies, *Saint-Christau* donne des résultats remarquables grâce à ses eaux qui renferment des traces de cuivre ; pour la même raison, cette station agit efficacement dans les lichens simples chroniques et dans certains prurits circonscrits avec lichénification.

Enfin les manifestations cutanées ou ganglionnaires de la tuberculose, réclament surtout des *eaux stimulantes fortes*, telles que La Mouillère, Salins-du-Jura, Salins-Moutiers, Salies-de-Béarn, Biarritz-Briscous.

Mais il faut réserver une place à part à la Bourboule où, grâce à la douche filiforme imaginée par le Dr Veyrières et réalisée par l'ingénieur Michel, on a pu modifier de façon satisfaisante de lupus tuberculeux.

Les stations stimulantes faibles comme Niederbronn, Chatenois, Morsbronn, Soultz-les-Bains, La-Motte-les-Bains, ont pu, dans certains cas légers, donner des résultats très satisfaisants.

Telles sont les différentes stations qui sont indiquées pour le traitement externe de ces dermatoses variées que Brocq considère comme des réactions cutanées.

Mais le traitement pathogénique de ces manifestations cutanées a une importance de premier ordre. Il est donc indispensable de rechercher pour chaque cas sa dominante étiologique et d'agir en conséquence, en choisissant la station minérale ou thermo-minérale susceptible d'agir sur l'état constitutionnel du malade.

Si l'état général est précaire, les stations reconstituantes ou stimulantes sont indiquées et *La Bourboule* tient dans cette catégorie la première place qu'elle doit, d'une part à sa richesse en arsenic, d'autre part à son altitude et à son heureuse situation : si le malade est un *arthritique*, à détermination surtout hépatique, *Vichy* est la station indiquée ; mais Soultzmatt, Pougues et Vals peuvent également convenir. S'il est obèse, *Brides-les-Bains* lui rendra service ; s'il a de l'insuffisance rénale, les eaux diurétiques, telles qu'*Evian*, *Vittel*, *Contrexeville*, *Sermaize*, *Martigny*, *Aulus*, *Capvern*, *La Preste*, *Ribeauvillé*, aideront à la dépuration rénale ; s'il est ancien néphritique, *Saint-Nectaire* agira de façon favorable ; s'il a des troubles intestinaux, *Plombières* et *Châtel-Guyon* les modifieront ; si c'est une utérine, *Luxeuil* ou *Saint-Sauveur* seront indiquées ; si c'est un nerveux, il faut l'envoyer à *Néris* ou *Bagnères-de-Bigorre* ; s'il a des troubles circulatoires sous la dépendance de son système veineux ou artériel *Bagnoles-de-l'Orne*, *Royat* ou *Bains-les-Bains* lui rendront service.

S'il est syphilitique et traité par le mercure, les eaux sulfureuses aideront à l'élimination du médicament et lui assureront les effets reconstituants de la médication soufrée.

En résumé, nous trouvons dans les ressources hydrominérales de la France une variété infinie de stations, dont l'action énergétique ou chimique produit des effets thérapeutiques souvent très heureux.

Mais ceux-ci dépendent de la sagacité du clinicien qui aura su choisir pour chaque cas particulier la station qui est le mieux indiquée.

D'une façon générale on peut dire que les *dermatoses irritables* sont justiciables des eaux de synthèse qui agissent surtout par leurs propriétés physico-chimiques et que les *dermatoses torpides* réclament des eaux stimulantes et reconstituantes, riches en molécules chlorées, sulfureuses ou arsenicales.

Mais suivant la dominante étiologique de la manifestation cutanée, on devra choisir selon les cas, parmi les eaux alcalinisantes, diurétiques ou stimulantes (1), soit qu'on ait recours à elles seules, soit qu'on ne les emploie que comme adjuvantes d'un traitement local.

Certes, l'idéal serait de trouver la station où le malade pourrait à la fois traiter sa dermatose et modifier son état général.

(1) Cf. Paul Blum. — Précis pratique d'hydrologie thérapeutique, page 105.

© BIU Santé

C'est l'affaire du clinicien : l'hydrologie lui signale les stations susceptibles d'être efficaces, mais comme dans toutes les branches de la médecine pratique, c'est à la clinique qu'appartient le dernier mot.

Elle seule pose les indications, et tant vaudra le clinicien, tant vaudra la cure qu'il aura conseillée.

Comparaison de l'activité diastasique de la farine de malt et des extraits de malt utilisés pour le maltage des aliments amylacés.

Par M. R. LECOQ.

Au cours de nos recherches, dont le but était de déterminer les meilleures conditions à réaliser pour le maltage des aliments amylacés cuits et crus, nous avons successivement utilisé comme source de diastase : la farine de malt, l'extrait de malt pâteux et l'extrait de malt sec ou en paillettes.

La transformation des amylacés (sous l'action de la diastase) en maltose et en dextrines — éléments plus facilement assimilables — nous a paru différer profondément, non seulement avec chacun des produits employés, mais encore avec la température d'expérimentation. L'optimum de température favorisant l'action des ferments amylolytiques des dérivés du malt est, en effet, d'une grande variabilité (1). Il dépend à la fois de la source de diastase et de la nature ou de l'état (cru ou cuit) des amylacés. La farine d'orge, plus sensible sans doute aux ferments du malt, se distingue fréquemment des autres féculents par un optimum de température particulier.

Les résultats que nous avons obtenus peuvent être brièvement résumés dans le tableau suivant :

NATURE DE LA SOURCE DE DIASTASE		TEMPÉRATURES OPTIMA
Farine de malt :		
agissant sur la farine d'orge cuite ou crue (2).....		+ 75°
agissant sur les autres amylacés (3)	crus.....	+ 75°
— — —	cuits.....	+ 60°
Extrait de malt pâteux (4) :		
agissant sur la farine d'orge ou sur les autres amylacés.....	crus.....	+ 60°
— — —	cuits	+ 50°
Extrait de malt sec ou en paillettes (4)		
agissant sur la farine d'orge.....	crue	+ 60°
— — —	cuite.....	simple liquéfaction
agissant sur les autres amylacés...	crus.....	+ 70°
— — —	cuits.....	simple liquéfaction

La *farine de malt*, préparée par mouture du malt (orge germée, desséchée et débarrassée de sa radicule) et blutage de la farine, apparaît comme le plus simple des éléments utilisés dans la pratique du maltage des amylacés. Elle apporte naturellement, à côté de ses amidons — attaqués en partie seulement au cours de la germination — l'intégralité des ferments dont l'activité a été suspendue par la dessiccation. Il suffit de mettre la farine de malt en suspension dans l'eau à une température satisfaisante pour que la diastase poursuive son œuvre interrompue.

A priori, la richesse en éléments solubles (maltose en particulier) des *extraits de malt pâteux ou secs* ne s'accompagne pas d'une richesse correspondante en diastase. Ils apportent, en effet, à côté des principes immédiatement solubles de l'orge germée, les éléments sucrés résultant de l'action prolongée des ferments sur les amidons du grain. Il semble également que la diastase doive subir d'importantes altérations au cours des manipulations de la fabrication ; c'est ce que nous avons voulu mettre en évidence.

Pour cela, nous avons recherché, en nous plaçant chaque fois dans les conditions les plus favorables (températures optima signalées précédemment) la proportion de sucres réducteurs (exprimés en maltose) effectivement produits en utilisant soit 30 de farine de malt pour 70 de farine d'orge (cuite ou crue), soit 12,5 d'extrait pâteux ou sec pour 100 de farine d'orge. De cette façon, chaque opération était rapportée à 100 gr. de farineux. Ces résultats, ramenés à 1 gr. d'extrait aqueux desséché, permettent d'établir une comparaison sérieuse entre les diverses sources de diastase.

Comparaison de l'activité diastasique optimum de la farine de malt et des extraits de malt par rapport à l'extrait aqueux desséché.

	Extrait de malt agissant à + 75°	Extrait pâteux agissant à + 60° (farine crue) à + 50° (farine cuite)	Extrait sec agissant à + 60°
Quantité utilisée ramenée à 100 de farine.....	30	12,5	12,5
Extrait aqueux desséché....	4,1	10,2	12,0
Maltose apporté par la source de diastase.....	3,22	9,88	10,84
I. — Maltose pour 100 dosé après action de la diastase sur la farine d'orge crue...	51,72	56,03	34,48
Maltose produit par action directe sur la farine d'orge crue	48,50	46,15	23,64
Activité comparative (maltose produit effectivement ramené à 1 gr. d'extrait aqueux desséché).....	**11,8**	**4,5**	**1,9**
II. — Maltose pour 100 dosé après action de la diastase sur la farine d'orge cuite..	48,02	37,35	simple liquéfaction
Maltose produit par action directe sur la farine d'orge cuite	44,80	27,47	»
Activité comparative.....	**10,9**	**2,7**	»

Il ressort nettement du tableau précédent que l'*extrait de malt pâteux* a une activité très inférieure à celle de l'extrait aqueux correspondant à la *farine de malt*. Cette différence, plus accusée pour les farineux cuits que pour les amylacés crus, est encore plus accentuée dans le cas de l'*extrait de malt sec*.

Toutefois, si les extraits de malt n'apportent qu'un ferment en partie détruit au cours de leur fabrication, il y a lieu de tenir compte de leur richesse en maltose et en dextrines qui peuvent jouer en thérapeutique un rôle des plus utiles et dont il peut y avoir intérêt à rechercher la présence dans quelques cas.

A proprement parler, les extraits de malt commerciaux apparaissent ainsi plus aptes à *maltoser* les amylacés (en

(1) R. LECOQ. — Dissemblances entre les ferments amylolytiques des différentes préparations d'orge germée. *C.R. Soc. Biol.*, séance du 25 octobre 1924, 91, p. 924.

(2) R. LECOQ. — Sur l'action diastasique de la farine de malt et des autres dérivés du malt (extraits liquides, pâteux et secs). *Journ. Pharm. et Chim.*, 7e série, 1922, 25, p. 18.

(3) R. LECOQ. — Farines lactées et farines pour bouillies. *Bull. Soc. Hyg. alim.*, 1922, 10, n° 9, p. 552.

(4) R. LECOQ. — Variabilité de l'optimum de température favorisant l'action des ferments amylolytiques de l'orge germée sur les amylacés cuits et crus. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, séance du 21 octobre 1924.

© BIU Santé

leur apportant du maltose tout préparé) qu'à les malter véritablement, c'est-à-dire à leur fournir en quantité suffisante une diastase susceptible de *transformer les amidons eux-mêmes en maltose*.

Il semble qu'on puisse tirer de ces connaissances des indications intéressantes sur l'emploi des dérivés du malt.

Dans la préparation des bouillies, potages ou purées maltés, on se propose le plus souvent de suppléer à l'insuffisance des sécrétions digestives (*cas de dystrophie ou de dyspepsie des féculents ou des farineux*). Si donc on se trouve en présence d'un sujet (enfant ou adulte) gravement atteint, il sera bon de malter immédiatement *au maximum* et d'employer pour cela la farine de malt dans la proportion de 30 pour 100 et de maintenir 1/4 d'heure en contact, à +75° si l'on opère sur la farine d'orge cuite, ou à +60° si c'est tout autre farineux [technique de Doléris et Lecoq (1)]. Il est recommandé de préparer la bouillie, la purée ou le potage avec de l'eau, et de couper ensuite, au moment de servir, avec 1/3 de lait tiède ou même davantage (sauf contre-indication).

Cependant, la pratique du maltage ayant pour but de compenser l'insuffisance diastasique du tube digestif, il sera indispensable de diminuer peu à peu l'intensité de ce traitement, en saccharifiant les amylacés de moins en moins profondément ; ce but sera atteint en réduisant à la fois la proportion de farine de malt et la durée de l'opération. On permettra, de cette façon, la reprise progressive des sécrétions naturelles. Avec peu de farine de malt et une période de contact réduite, on ne produit qu'une faible transformation des amidons, limitée en quelque sorte à une simple liquéfaction.

Chez les sujets moins gravement atteints et chez les nourrissons, dans les *cas de dystrophie ou d'intolérance du lait de vache*, on pourra le plus souvent adopter ce dernier mode de préparation (action réduite à une *simple liquéfaction*) ou encore utiliser une des préparations équivalentes (2) à base d'extrait de malt pâteux (soupe de malt de Keller) ou en paillettes [bouillie maltée de Terrien (nouvelle formule) ou de Schreiber] (3).

Dans certains cas de dyspepsie, on peut également recommander l'extrait en paillettes, ne donnant qu'une faible transformation des amidons, mais enrichissant la ration en dextrines et en maltose (sucre de Soxhlet).

Chez les convalescents et les malades inanitiés qu'on désire suralimenter, le maltage des farineux (par l'un ou l'autre des dérivés du malt) a l'avantage de faciliter l'absorption, sous forme de bouillies concentrées, de fortes proportions d'amylacés facilement assimilables, dont la valeur nutritive peut être renforcée par addition de sucre et de beurre (4).

(1) Dans la pratique, l'addition de farine de malt, délayée dans un peu d'eau, doit se faire 2 à 4 minutes après que la préparation a été retirée du feu, dans la proportion d'une cuillerée à café pour une cuillerée à soupe de farine de céréales ou de légumineuses employée.
Doléris et Lecoq. — Sur la pratique du maltage des aliments amylacés. *Bull. Ac. Méd.*, 3e série, 1922, 87, p. 409.
R. Lecoq et S. Wary. — La farine de malt et la pratique du maltage des amylacés cuits ou crus. *Journ. de Pharm. et Chim.*, 7e série, 1924, 30, 231.
(2) A. Keller. — *Deut. Med. Woch.*, 1898, nº 39, p. 617.
E. Terrien. — *Précis d'alimentation des nourrissons*, 4e édition, Paris, 1921, p. 199.
G. Schreiber. — *Paris Médical*, 16 mars 1912, p. 394.
(3) L'action de l'extrait de malt pâteux sur les amylacés cuits est, comme on l'a vu précédemment, plus rapide et plus profonde à +50° ; l'action du malt sec en paillettes, au contraire, ne paraît pas influencée par la température.
(4) A. Berthelot. — Emploi de la farine de malt dans l'alimentation des malades. *Revue scientifique*, 1922, 60, p. 810.

CHIMIE CLINIQUE (1)

Le laboratoire est aujourd'hui pour la clinique un auxiliaire précieux, souvent nécessaire, parfois indispensable. Les méthodes d'exploration et les examens chimiques, biologiques et bactériologiques se sont beaucoup perfectionnées depuis quelques années. Il nous a paru utile de présenter ici non pas un exposé de toutes les méthodes employées, ce qui constituerait un véritable traité, mais de faire un choix parmi toutes ces méthodes et de nous arrêter à celles qui offriront à la fois une grande simplicité et une rigueur suffisante. Nous exposerons les procédés les plus nouveaux que l'on serait souvent obligé de rechercher, avec quelque peine, dans les Bulletins ou Revues scientifiques.

Dosage de l'urée dans le sang.

On sait combien il est souvent utile au praticien de connaître le taux de l'urée sanguine : celui-ci qui est en moyenne de 0,30 à 0,40 par litre de sérum, peut s'élever à plusieurs grammes.

Nous indiquerons deux procédés pour doser l'urée du sang.

1) Dosage par l'hypobromite.

L'urée, traitée par l'hypobromite de soude, est décomposée en azote, acide carbonique et eau, suivant la réaction :

$$CO(AsH^2)^2 + 3\ NaOBr = 2\ Az^2 + CO^2 + 2\ H^2O + 3\ NaBr.$$

L'acide carbonique est absorbé par un excès de soude et l'azote seul se dégage dont on lit le volume dans la grande branche de l'uréomètre employé. En rapportant le volume d'azote dégagé à celui d'une solution titrée d'urée traitée dans les mêmes conditions, on peut en tirer la quantité d'urée contenue dans le sang examiné et éviter ainsi les corrections de température et de pression qui ont été les mêmes pendant les deux opérations. Un uréomètre pratique est celui de Moreigne, car il ne nécessite pas une cuve à mercure, très coûteuse, mais une simple éprouvette remplie d'eau.

Pratiquement : On emploie la solution d'hypobromite suivante :

Eau distillée.....	100 cc.
Lessive de soude pure.....	50 cc.
Brome.....	6 cc.

La solution d'urée qui servira de comparaison est à 2 gr. pour mille, additionnée de quelques cristaux d'acide phénique pour sa conservation : 5 cc. de cette solution correspondent à 0,01 d'urée.

10 cc. du sérum à examiner sont mis dans un verre à expérience en contact avec 10 cc. d'acide trichloracétique à 20 % : un précipité abondant se forme. On jette sur un filtre et on recueille environ 14cc. de filtrat. En mesurer exactement 10 cc. qui représentent 5 cc. de sérum et les introduire dans l'uréomètre spécial pour le sang. Ajouter de la lessive de soude diluée au quart et de l'hypobromite. Noter le nombre de cc. d'azote dégagé (soit par exemple 0,8). Faire la même opération avec 5 cc. de la

(1) Sous cette forme nous publierons régulièrement des notes de chimie, de bactériologie et d'hématologie où seront indiquées les techniques de laboratoire pouvant intéresser spécialement le praticien.

© BIU Santé

solution titrée d'urée, représentant 0,01 : soit 4,1 cc. d'azote dégagé. On peut écrire, en désignant par x le chiffre d'urée du sang :

$$\frac{0.08}{x} = \frac{4.1}{0.01}, \text{ d'où } x = \frac{0.008}{4.1} = 0.00195$$

5 cc. de sérum contiennent donc 0,00195 d'urée ; 1.000 en contiendront 200 fois plus et on aura :

Urée dans le sang : 0,39 par litre.

Causes d'erreur : I) Une petite quantité d'oxygène, tenue en dissolution dans l'hypobromite, se dégage en même temps que l'azote, mais, comme cela se produit dans les deux opérations, il y a compensation et il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

II) L'hypobromite ne décompose pas seulement l'urée mais aussi les acides aminés, la créatinine et les sels ammoniacaux dont il met l'azote en liberté. C'est pratiquement peu important. Toutefois, si on tient à doser exclusivement l'urée, on aura recours au procédé de Fosse par le xanthydrol que nous exposerons dans notre prochain article.

J. Tonnet,
Docteur ès sciences,
Chef de laboratoire à l'Hôpital Tenon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin et l'impôt sur le revenu (1)

par Me H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit, Avocat à la Cour d'appel.

I

Dans certains milieux, on paraît croire que le médecin (ou le chirurgien) veut se soustraire au paiement de l'impôt sur le revenu ou, tout au moins, emploie la dissimulation pour éviter de payer ce qu'il doit.

C'est une méprise profonde, due en grande partie à la méconnaissance des obligations et des exigences auxquelles est astreinte la profession médicale. *Le médecin n'entend pas se créer un régime spécial ; il entend payer sa part contributive dans l'impôt comme tous les contribuables. Mais il demande d'être imposé sur une base qui ne soit pas incompatible avec l'exercice de sa profession* ; nous voudrions montrer la légitimité de ce désir.

Les médecins sont appelés par leur profession à recevoir des confidences : leur conscience leur fait un devoir de ne pas révéler les secrets dont ils sont les dépositaires. C'est un devoir qui leur est imposé non seulement par leur conscience mais aussi par la législation : en effet l'article 378 du Code pénal punit les indiscrétions dont les médecins et chirurgiens peuvent se rendre coupables ; ce texte réprime la violation du secret professionnel, en édictant une peine d'emprisonnement et une peine d'amende. Le médecin doit le secret non seulement pour les soins prodigués à domicile et pour les consultations qu'il donne dans son cabinet, mais encore pour les soins et consultations qui ont lieu dans une maison de santé ou dans une clinique.

Quel est le motif de l'obligation du secret professionnel ?

Il réside dans cette circonstance, que le médecin (ou le chirurgien) détient la sécurité des malades et l'honneur des familles. Sa profession est fondée sur la confiance du client en lui ; cela est si vrai que la jurisprudence n'admet pas et annule la cession pure et simple de la clientèle médicale : cette clientèle est hors du commerce parce qu'elle dépend du choix libre des intéressés, des qualités personnelles du médecin et de la confiance qu'il inspire ; ce sont les expressions mêmes des décisions de justice. Et la loi est tellement exigeante vis-à-vis de l'homme de l'art que l'article 909 du Code civil déclare qu'il ne pourra profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que le malade aurait faites en sa faveur pendant le cours de la maladie.

Le secret professionnel doit demeurer inviolable ; il est nécessaire au bien public.

II

L'Etat a besoin d'argent ; il veut des recettes pour alimenter son formidable budget de dépenses. Il n'est pas question ici d'examiner si les méthodes de gestion actuellement employées sont bonnes ou mauvaises. Le contribuable est obligé de payer ; le médecin est soumis à cette obligation comme les autres. Il ne la repousse pas. Mais on ne saurait admettre, en ce qui le concerne, que la base d'imposition en toute matière, et spécialement en matière d'impôt sur le revenu, ait pour effet de porter atteinte au secret professionnel. On ne peut tout subordonner à la fiscalité.

Actuellement, pour le médecin, comme pour l'avocat, la base d'imposition est constituée par la déclaration des revenus professionnels.

On a constaté, paraît-il, que certaines déclarations ne correspondaient pas à la réalité et comportaient un chiffre inférieur au revenu réel encaissé ; et on veut rendre responsable le corps médical des irrégularités commises, en le suspectant tout entier. Pour essayer d'éviter le retour de ces irrégularités, le gouvernement a pris, dans le projet actuel de la loi de finances, une mesure d'ordre général tendant à astreindre le médecin à l'obligation de tenir un registre de dépenses et un registre de recettes dont les pages seraient numérotées. N'a-t-on pas envisagé même, à un certain moment, l'obligation de délivrer des reçus ?

Le corps médical a protesté contre pareille exigence ; c'est avec raison : les registres du médecin ne doivent pas être ouverts pour le fisc. Décréter le contraire, serait violer le secret professionnel, qui doit demeurer intangible, parce qu'il est la sauvegarde de l'honneur et de la tranquillité des familles.

L'existence de certaines maladies doit demeurer à l'abri de toute indiscrétion : peu de clients aimeraient qu'on apprît qu'ils ont été soignés par *certains docteurs spécialistes* ; si les tares de chacun étaient divulguées, la vie ne serait plus tenable. Or, les registres du médecin, si l'on veut qu'un contrôle soit effectif, devront contenir le nom, l'époque, la nature, l'évolution de la maladie, toutes choses que le malade ne veut pas qu'on divulgue ; il n'est pas rare de voir devant les tribunaux des instances en divorce ou en séparation de corps fondées sur l'existence de maladies qui impliquent l'infidélité de l'un des conjoints !

Sans doute, pour répondre à l'objection, on vient dire que l'agent du fisc sera tenu lui-même au secret professionnel, et puni des peines édictées par la loi, s'il commet des indiscrétions. Non, cette réponse n'est pas admissible. D'abord, un secret professionnel, partagé avec d'autres personnes, surtout quand celles-ci sont étrangères à la profession médicale, n'est plus un secret professionnel. Ensuite, comment ce secret serait-il respecté si l'agent du fisc, suspectant la modicité d'un honoraire de visite ou de consultation ou bien l'exagération d'une dépense portée sur le registre, veut se renseigner auprès du malade ou d'une personne étrangère ? Car, enfin, si on exige l'indication de chiffres sur les registres, c'est à l'évidence pour pouvoir éventuellement élever une contestation et faire une enquête destinée à se rendre compte de la réalité ou de la fictivité des chiffres indiqués. Bien plus : comment empêcher l'agent du fisc de porter d'office, ou sur un renseignement anonyme, au registre des recettes, des honoraires en raison de soins que l'agent saura avoir été donnés à une personne déterminée par un médecin, alors que celui-ci a soigné gratuitement ? Le cas n'est pas rare du médecin qui donne des soins gratuits ; pour se défendre, il sera dans la nécessité d'appeler en témoignage son malade et des tiers ; que deviendra l'obligation du secret pro-

(1) Communiqué par l'Association de la Presse médicale française

© BIU Santé

fessionnel ? L'article 378 du code pénal est toujours en vigueur !

Obliger le corps médical à tenir des registres, comme le demande le Gouvernement, c'est vouloir l'obliger à trahir la confiance mise en lui par son malade, c'est l'inciter à agir contre sa conscience c'est enfin lui faire commettre une infraction à la loi pénale ; toutes choses impossibles.

Aussi la Commission des finances, se rendant compte de ces obstacles insurmontables, s'est-elle sagement refusée à donner sa sanction au projet du Gouvernement ; et d'après les indications qui ont pu être obtenues, elle paraît maintenir l'obligation pour le médecin de faire, la déclaration de ses revenus professionnels comme dans le régime actuel.

Mais, si cette solution est adoptée, la suspicion va demeurer contre le médecin ; on va l'accuser encore, de faire des dissimulations pour éviter de payer sa part contributive. Le médecin ne peut rester dans cette équivoque.

III

On a cherché alors une solution intermédiaire entre la solution de l'obligation aux registres et celle de l'obligation à la déclaration. On *a envisagé l'application aux médecins comme d'ailleurs aux avocats d'*UN IMPÔT *basé sur les signes extérieurs de la richesse*. Quelle est la valeur de cette proposition nouvelle ?

Elle ne paraît pas acceptable, parce qu'elle est contraire à l'équité, et qu'elle est arbitraire.

Que sont les signes extérieurs de la richesse pour une personne quelconque ?

On peut y comprendre : un appartement important et confortable, le nombre élevé des domestiques, une propriété à la campagne, une chasse, une villa au bord de la mer, une loge louée dans un théâtre, une ou des automobiles, des voyages effectués en France ou à l'étranger dans les meilleures classes ; on peut ajouter : un tailleur, un bottier, connus sur la place par ses prix au-dessus de la moyenne, les relations mondaines de la personne.

Ces éléments peuvent s'appliquer à toute personne sans distinction. Comment, par quelle déduction, sera-t-on en mesure de les utiliser, comme base d'imposition pour le médecin ? Quel élément va indiquer l'indice « richesse » ?

Poser cette question, c'est montrer le caractère arbitraire de la proposition. L'appartement du médecin est-il un signe de richesse ? Non. Car il est obligé de recevoir ses malades chez lui ; obligation qui lui impose d'avoir un appartement dans un immeuble de bel aspect, comprenant un salon de réception convenable, spacieux, car les malades sont fréquemment nombreux les jours de consultations ; un cabinet qui doit comprendre certains meubles indispensables. S'il s'agit d'un spécialiste, il faut des chambres spécialement affectées aux installations médicales ou chirurgicales. Toutes pièces doivent être chauffées dans une large proportion : car se sont des malades qui sont reçus. Et si le médecin a plusieurs enfants — on encourage la procréation par tous les moyens — il lui faut un vaste appartement, qu'il paye fort cher. L'appartement du médecin, pas plus que celui de l'avocat, n'est un signe de richesse. C'est la condition même, indispensable, de l'exercice de sa profession.

L'automobile du médecin est-il un signe de richesse ? Non : c'est un moyen de locomotion nécessaire à sa profession pour se transporter auprès de ses malades ; il est *indispensable* pour le médecin qui exerce dans une petite ville ou à la campagne. La distance est parfois longue à parcourir pour aller porter des soins urgents. L'automobile est un instrument de travail.

Le nom du tailleur, du bottier, peuvent-ils être regardés comme un signe de richesse pour le médecin qui visite ou reçoit des clients appartenant à toutes les classes de la Société ?

Et quelle inquisition ! La discussion s'élèvera sur tous les signes extérieurs ; car ils peuvent être tous considérés comme signes de la richesse. Le médecin qui ne sera pas satisfait sera obligé d'aller discuter, d'apporter des preuves qu'il ne doit pas, lui dont tout le temps est pris par ses malades ou son hôpital, lui que la santé du malade préoccupe en dehors de la visite ou de la consultation.

Impossible d'adopter une pareille base.

On s'est livré à un nouvel examen et on a proposé une base qui, pour ne pas être encore parfaite présente plus d'équité, moins d'arbitraire (!) : *on a proposé comme base d'imposition la valeur locative des pièces de l'appartement servant au médecin pour l'exercice de sa profession.* Cette proposition paraît réduire au minimum les inconvénients signalés : il semble relativement facile de déterminer la partie du loyer afférente aux pièces professionnelles. Sans doute, la solution ne peut être mathématique ; car par exemple le salon peut certains jours servir à des réceptions mondaines. Mais la discussion visera un élément qui ne porte atteinte à aucune violation du secret professionnel. De plus le médecin ne sera pas imposé parce qu'il a plusieurs enfants.

Est-ce nouveau ? Non : c'est le loyer professionnel qui sert de base à la perception de la patente.

La base déterminée, on examinera le coefficient à appliquer pour déterminer le revenu professionnel. Mais là encore, si l'on n'y prenait pas garde, on pourrait tomber dans l'arbitraire ; car un médecin de campagne peut gagner autant qu'un médecin de grande ville. Et cependant ce dernier aura un loyer beaucoup plus lourd que celui du médecin de campagne.

IV

Telles sont les observations que la situation actuelle nous a suggérées : la base d'imposition proposée en dernière analyse n'est sans doute pas à l'abri de toute critique. Du moment que le principe de l'impôt sur le revenu est admis, il faut compter sur les aléas concernant son recouvrement ; c'est un impôt soumis par la force des choses aux appréciations personnelles. Et, en toute bonne foi, la déclaration étant la base de l'imposition, le déclarant, lorsqu'il s'agit d'une personne exerçant une profession libérale, peut se méprendre sur les déductions qu'il peut faire, pour ce motif que sa vie professionnelle est intimement liée à sa vie privée ou de famille : tel bel appartement, telle réception, tel voyage, telle location d'une chasse seront un agrément pour une personne quelconque, ils seront au contraire un acte professionnel pour le médecin et l'avocat qui ont une clientèle qu'ils doivent former, conserver et augmenter.

Si les suggestions contenues dans cet article font naître dans l'esprit de nos lecteurs une idée utile en vue de résoudre une question grave pour le médecin et l'exercice de sa profession, nous aurons rempli le but que nous nous sommes proposé. Mais *ce qui doit dominer le débat, c'est le rejet absolu de l'obligation pour le médecin, comme pour l'avocat, d'ouvrir ses registres au fisc.* Son cabinet doit être inviolable. Permettre à l'agent du fisc de s'ingérer dans les secrets du médecin dont il n'est que dépositaire, c'est porter atteinte à la sécurité du malade, à l'honneur et à la tranquillité des familles, au bien public, en un mot. Le médecin ne peut s'y prêter ; mais il ne s'opposera jamais à payer sa part contributive dans l'impôt sur le revenu, si la base envisagée n'est pas incompatible avec l'exercice de sa profession.

VARIÉTÉS

Un cas de péritonite gangréneuse par perforation d'un ulcère latent de l'estomac au XVIIIe siècle.

Les hasards de nos lectures dans une vieille collection du *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (1779) nous font retrouver l'observation d'une péritonite gangréneuse par ulcère latent de l'estomac qui pourra intéresser quelques lecteurs et qui vient s'ajouter aux 1230 indications bibliographiques données par Saloz, Cramer et Moppert à la fin de leur rapport du XVe Congrès français de médecine (Paris 1922).

« Mort imprévue d'une fille de 22 ans, causée par un noyau de pêche avalé en automne 1778 ; observation

(1) Amendement déposé par le docteur Grinda, député.

© BIU Santé

communiquée par M. Virard, docteur de Montpellier, médecin à Grenoble.

« Le 26 décembre dernier, je fus appelé dans cette ville pour voir une fille, âgée de 22 ans, d'une taille avantageuse, d'une constitution faible et froide. On nous rapporta qu'une heure avant mon arrivée, elle s'était rendue à un bal qu'on donnait dans la maison qu'elle habitait, et qu'elle n'eut pas plutôt commencé à danser qu'elle tomba évanouie, qu'elle ne revint de son évanouissement que pour entrer en convulsions qui étaient cessées quand j'arrivais. Aux différentes interrogations que je lui fis, elle me répondit qu'au moment de son évanouissement elle avait senti quelque chose tomber de son estomac dans le bas-ventre et que depuis elle éprouvait dans ce dernier une douleur brûlante. Elle avait des envies de vomir, mais peu fortes, mais peu fréquentes. Je trouvai le bas ventre météorisé, tendu, la moindre pression en augmentait les douleurs ; le pouls était concentré, précipité, faible.»

Malgré une consultation avec divers confrères, en particulier avec le sous-doyen du collège des médecins de Grenoble, l'exitus survint le lendemain à 7 h. 1/2 du soir.

Sans autre forme de procès — admirons la tolérance et l'absence de préjugés de cette fin de XVIIIe siècle — l'autopsie fut pratiquée, chez cette cliente de ville, le lendemain.

« Monsieur Bilon, chirurgien de cette ville, fit l'ouverture du cadavre, et nous trouvâmes toute la capacité du bas ventre remplie d'une sérosité jaunâtre et fétide, l'épiploon pourri, la surface des intestins, dont les circonvolutions se trouvent dans le bassin, couvertes de taches gangréneuses, ainsi que le fond de la vessie. Après avoir examiné attentivement tous les viscères placés dans la partie inférieure de l'abdomen, nous portâmes nos recherches vers la région de l'estomac d'où la malade avait senti tomber quelque chose, et nous trouvâmes ce viscère percé, dans sa partie antérieure et moyenne, d'une ouverture de deux pouces de circonférence, ayant des bords calleux de deux lignes d'épaisseur, à la partie externe desquels nous observâmes une membrane très mince, noirâtre et dentelée. »

L'observation est des plus typiques et peut être rétrospectivement étiquetée : péritonite gangréneuse par perforation d'un ulcus rodens stomacal jusque-là latent.

A l'heure actuelle, où nous ignorons encore la pathogénie vraie de l'ulcus gastrique, nous serions mal venus à critiquer l'hypothèse traumatique admise à l'époque par l'auteur : « Notre examen achevé, nous interrogeâmes les parents et les amies de la malade, pour savoir si elle n'avait pas avalé anciennement quelque épingle ou autres corps piquans ou tranchans ; elles nous dirent qu'elle avait avalé, l'automne dernier, un noyau de pêche et que depuis elle s'était plainte de douleurs d'estomac, d'envies de vomir, que ses forces et son courage étaient diminués ; que naturellement assez pâle, elle l'était devenue davantage, quoiqu'elle fût bien réglée. »

Constatons simplement les progrès de la conduite thérapeutique actuelle qui conseille repos, diète et opium. Si les bains, prescrits dans ce cas, pouvaient en mobilisant la malade, présenter quelque danger, on ne voit, d'autre part que trop pourquoi les « boissons émollientes, lavements laxatifs, potions calmantes, ne procurèrent pas le moindre soulagement. »

Consolons-nous cependant, avec l'auteur, de l'inefficacité de sa thérapeutique. Même aujourd'hui, malgré l'intervention chirurgicale précoce, on pourrait presque souscrire à ses conclusions : « Il résulte de cette observation que, quand même on aurait pu connaître la cause de l'accident de cette fille, il eût été absolument impossible de lui conserver la vie ».

H. Roger (de Marseille).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1924.

Le musée du vaccin. — M. *Camus*, de la part de M. Ed. Chaumier, offre à l'Académie de médecine, pour son Musée de la vaccine, une importante collection de lettres autographes relatives à l'inoculation et à la vaccine (Lettres de La Condamine, Lettres de Jenner, Lettres de Husson, etc.)

Un très bel exemplaire du *Traité de la vaccine* de Sacco, offert à Napoléon Ier, roi d'Italie, avec la lettre d'envoi de l'auteur.

Un agenda illustré de 1779 avec une gravure sur l'inoculation de Louis XVI.

Un album de pathologie pittoresque contenant de nombreuses caricatures médicales parmi lesquelles une estampe sur la variole.

Compte rendu de mission au Canada. — M. *Sergent* rend compte de la mission dont il a été chargé par l'Académie au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

M. Sergent insiste sur l'accueil particulièrement amical dont la mission française a été l'objet. Il résume les différentes questions qui ont été traitées au Congrès de Montréal et particulièrement sur la tuberculose qui a donné lieu à d'importantes communications. La délégation française a été, aussi bien de la part des Pouvoirs publics que des membres du Congrès, l'objet des démonstrations les plus flatteuses. Certaines conférences ont été particulièrement appréciées.

Au cours des discussions a été agitée la question des spécialisations, et il a été fait appel à l'influence française pour augmenter au Canada le nombre des spécialistes.

Le suicide. — M. *Maurice de Fleury* fait d'abord une étude critique des statistiques fournies par le célèbre ouvrage de Durkheim et de celles qu'il a recueillies au ministère de la Justice. Il étudie ensuite la prétendue contagiosité et la prétendue hérédité du suicide. L'état actuel de la psychiatrie et ses observations personnelles l'amènent à cette conclusion que le suicide est le point culminant de l'anxiété comme l'anxiété est le summum de l'hyperémotivité. La douleur morale anxieuse, c'est proprement l'intolérable. En terminant il insiste sur la question de prophylaxie. Le traitement moral (suggestion, persuasion, réconfort moral, prédications de la Christian science) est ici un danger, quand il prétend remplacer le traitement proprement médical. L'isolement, l'alitement continu, une surveillance constante, le traitement médicamenteux de l'angoisse (bromures, opium, etc.), voilà ce qui, en fait, sauve du suicide, tous les jours, un certain nombre d'anxieux.

Etude radiologique de l'activité ovarienne dans ses rapports avec la menstruation et les troubles vaso-moteurs de la ménopause. — M. *Béclère* n'entend pas, dans cette communication, envisager les effets thérapeutiques des rayons X. Il ne veut les considérer qu'au point de vue de leur étude sur l'activité ovarienne. Il rappelle les communications, sur le même sujet, de MM. Tuffier, Bar et Bazy.

M. Béclère fait tout d'abord justice de la vieille légende de l'infection par rétention des règles ou de la désintoxication par les menstrues.

Il ne faudrait pas croire que l'application des rayons de Rœntgen amène la disparition définitive des règles. Cette suppression n'est le plus souvent que temporaire. Comme symptôme, M. Béclère attache beaucoup d'importance aux bouffées de chaleur qui accompagnent toujours la ménopause normale ou provoquée. On peut être sûr qu'en même temps que reparaissent les époques, les bouffées de chaleur disparaissent pour reparaître aussitôt que cesseront de nouveau les menstrues. Les recherches de M. Béclère reposent sur 34 cas. Il n'y a qu'une exception à cette règle du rapport des bouffées de chaleur avec l'apparition ou la disparition des règles. M. Béclère cite trois exem-

© BIU Santé

ples dans lesquels les bouffées de chaleur ont persisté malgré de nouvelles métrorragies. En examinant ces femmes avec soin on a reconnu qu'elles étaient atteintes de polypes du col ou de polypes intra-utérins. Dans ces cas, l'hémorragie était donc due à la présence de ces polypes et non à un retour d'activité ovarienne. Débarrassées de leurs polypes, ces femmes ont vu disparaître leurs hémorragies et ont continué à présenter leurs bouffées de chaleur.

En résumé, après l'application des rayons de Rœntgen, l'activité ovarienne est momentanément supprimée. Mais elle reparaît après un temps très variable et avec elle la fécondation redevient possible. M. Béclère en fournit des exemples. Aussitôt que va reparaître cette activité ovarienne disparaissent les bouffées de chaleur. La persistance de ces bouffées de chaleur est incompatible avec le réveil de l'activité ovarienne.

MM. *Wallich* et *Doléris* confirment les recherches de M. Béclère.

Du rôle des ovaires dans la pathogénie des fibromes utérins. — MM. *Daniel* et *Babès*.

Note sur la peste en Algérie dans les vingt-cinq dernières années. — M. *Raynaud*. La maladie y est endémique, avec des poussées intermittentes : en vingt-cinq ans on a noté 400 cas avec 191 décès (48 p. 100). Depuis 1907 le gouvernement général a organisé un service de « dératisation » dans les ports, qui a donné les meilleurs résultats.

La coqueluche et les toux quinteuses. Interprétation et traitement. — M. *Vernet*. La toux quinteuse ne serait qu'une suite de l'infection primitive et déjà terminée. La thérapeutique doit donc recourir à une excitation du pneumogastrique au moyen du jaborandi et de ses dérivés.

Élection. — Dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

Etaient présentés : en première ligne, M. Legueu ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Auvray, Duval, Faure, Mauclaire et Pothérat ; adjoint à la liste de présentation, M. Rouvillois.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Legueu obtient 61 suffrages, M. Faure 8, M. Mauclaire 5 et 1 bulletin blanc.

M. Legueu est proclamé élu.

Séance du 25 novembre 1924

La radiothérapie profonde et la stérilisation des kystes hydatiques. — *M. J. Arce* (de Buenos-Aires) apporte des observations dans lesquelles la radiothérapie profonde a eu sur la vitalité des scolex une action qui paraît indéniable. Les communications que M. Dévé a faites à la Société de biologie et dans lesquelles il déclare n'avoir obtenu aucun résultat même par l'emploi de doses doubles de celles auxquelles a eu recours l'auteur, peuvent avoir leur valeur, mais les faits obtenus par M. Arce demeurent. Il fait passer sous les yeux de l'Académie des projections montrant les lésions déterminées chez les scolex par la radiothérapie profonde.

Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. — *M. Pierre Duval* insiste sur le grand rôle joué par l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux et sur les indications thérapeutiques qui peuvent en résulter. L'ulcère de l'estomac n'est pas toujours apyrétique, il s'accompagne souvent de fièvre et celle-ci peut faire prévoir l'hématémèse. Elle s'associe souvent à une douleur permanente, comme l'avait signalé Soupault.

A ces signes cliniques s'adjoignent des arguments biologiques. Sur 28 cas observés, un tiers présentait de la leucocytose (polynucléose) atteignant 35.000 leucocytes. L'intra-dermoréaction faite avec des cultures des germes qui pullulent dans la paroi gastrique voisine de l'ulcère a été positive dans les 2/3 des cas. Il faut rappeler aussi que les auteurs allemands ont obtenu par la protéinothérapie la guérison de 59 % des cas d'ulcère gastrique et les résultats donnés par le Propidon de M. Pierre Delcourt.

Il y a également des preuves anatomiques, ce sont les poussées inflammatoires aiguës révélées par l'histologie ; la présence de germes 15 fois sur 30 dans la paroi de l'estomac, la culture des germes de la paroi gastrique au contact de l'ulcère et même des germes de ganglion à distance qui a été positive 4 fois sur 11.

Toutes ces recherches montrent la réalité des états infectieux qui accompagnent l'ulcère ; c'est le streptocoque qui est en cause.

Au point de vue thérapeutique, ces notions commandent d'opérer *à froid* l'ulcus gastrique, c'est-à-dire en dehors des poussées inflammatoires et des exacerbations fébriles qui les traduisent.

Deux cas de greffes osseuses (homoplastiques et autoplastiques) après ablation d'un ostéosarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du péroné. — *M. Mauclaire*. — Dans le premier cas le greffon s'atrophia peu à peu, l'extrémité radiale homoplastique se réduisit à une petite baguette osseuse. Dans le second cas l'extrémité supérieure du péroné prise au malade lui-même fut bien tolérée et le poignet fonctionne bien. Peut-être que la greffe homoplastique ne réussit que dans certaines races et pour certains organes.

Rachistovaïnisation et azotémie. — *M. Abadie* (d'Oran) pour apprécier l'action de la rachi-anesthésie à la stovaïne (0.04 cgr.) sur le rein, a, dans 26 cas où l'acte opératoire était d'importance variable allant de la cure d'hydrocèle à la pylorectomie, dosé l'urée hématique avant opération et pendant une période de dix jours après opération. Dans certains cas il y a joint le calcul de la constante d'Ambard, l'épreuve du bleu de méthylène, celle de la phénosulfonephtaléine, la polyurie expérimentale. Il est indéniable et constant que l'urée hématique est notablement augmentée ; cette azotémie est transitoire, dure six jours environ. Elle est moins marquée que par les anesthésiques généraux. Il faut cependant en tenir compte. Elle ne paraît pas due à une action du toxique sur l'épithélium rénal, mais à une action sur les centres nerveux et le sympathique. Plusieurs graphiques résument ces faits expérimentaux.

Contracture des fléchisseurs de l'avant-bras. — *M. Jeanne* (de Rouen) rapporte deux cas de maladie de Wolkmann traités tous les deux par intervention et guérison. L'un des cas paraît dû à la constriction et l'ischémie, l'autre à l'infiltration sanguine. Le diagnostic est en général facile. Il ne se pose guère qu'avec la greffe cubitale. Mais outre que les circonstances étiologiques permettent de soupçonner le diagnostic, dans la greffe cubitale il n'y a pas de rétraction et elle est plus accentuée sur les deux derniers doigts. Elle ne se corrige pas.

Le traitement varie suivant les lésions et l'association avec les compressions nerveuses même. Dans les formes légères, le redressement lent avec des appareils orthopédiques est un traitement de longue haleine, difficile à surveiller, aléatoire. On doit préconiser le traitement sanglant. Il y en a trois types ;

1° La ténoplastie, à indications limitées, applicable à des rétractions partielles où les tendons peuvent être distingués.

2° Libération tendineuse ou ténolyse avec régularisation du cal, applicable encore à certaines formes partielles.

3° Résection osseuse presque toujours nécessaire. Il est indispensable de la faire sur une longueur suffisante pour une restitution intégrale possible d'emblée, sans appareillage orthopédique, la suture à un fil est nécessaire sur le cubitus, et l'appareil plâtré inutile. Il faut pratiquer la mobilisation précoce des doigts en évitant de mobiliser le foyer.

Les hernies graisseuses de l'orbite. — *M. Bourguet* démontre de quelle manière, au point de vue anatomique, la couche graisseuse de l'orbite tend à se faire jour à l'extérieur à travers des orifices situés entre les muscles de l'œil en repoussant au dehors le système orbitaire. Ce sont des hernies graisseuses et non de l'œdème chronique qu'en langage courant on appelle « poche sous les yeux ». L'auteur montre comment, en passant par le cul-de-sac conjonctival, il peut faire disparaître ces poches sans cicatrice extérieure.

© BIU Santé

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1924.

Fracture de Maisonneuve atypique. — M. ***Mouchet*** fait un rapport sur une observation de M. Guillemain relative à un cas de fracture de type assez rare. Il s'agissait d'un jeune homme, qui en descendant de bicyclette, pose le pied à faux et se tord le pied en dedans. La malléole interne n'était pas fracturée mais le ligament latéral interne était arraché, il y avait une fracture spiroïde du tibia. Le pied était dévié en varus au lieu d'être dévié en valgus.

Résultat éloigné d'une greffe osseuse. — M. ***Cunéo***, à propos d'un malade dont l'observation fut présentée autrefois à la Société et à propos duquel M. Tuffier a fait un rapport en 1912, malade atteint de spina ventosa et chez lequel, après l'ablation du cinquième métacarpien, on avait tenté de remplacer l'os enlevé par le cinquième métacarpien, montre des radiographies récentes de la main opérée. Alors qu'au moment du rapport de M. Tuffier les radiographies montraient un os altéré, à contours flous et diffus, et que les radios faites plus tard 5 ans après l'opération, montraient des altérations encore plus marquées, les radio-graphies récentes, faites 14 ans après l'opération montrent un os bien vivant, à contours nets et qui a pris les caractères typiques d'un métacarpien. Le malade au moment de l'opération était âgé de 16 ans.

M. ***Dujarrier*** insiste sur l'aspect de l'os, qu'il est absolument impossible de distinguer d'un métacarpien normal.

La sacralisation douloureuse de la cinquième lombaire. — M. ***Abadie*** (d'Oran), à propos de deux cas de sacralisation douloureuse de la cinquième lombaire qu'il a eu l'occasion d'observer se demande quelle peut être la raison qui transforme à un moment donné une sacralisation anatomique, existant depuis longtemps, en une sacralisation douloureuse. Dans un de ses cas personnels, il s'agissait d'un homme de 48 ans, chez lequel les douleurs, survenues brusquement, étaient rapidement devenues violentes, intolérables. Il y avait dans ce cas des néoformations osseuses autour de l'apophyse transverse gauche, unie à l'os iliaque par une véritable articulation. Des néoformations de ce genre peuvent être la cause des douleurs et il faut les enlever avec soin, opération d'ailleurs difficile. Le malade succomba quelques mois après cette intervention qui amena un grand soulagement, mort probablement due à un néoplasme vertébral.

L'intervention est évidemment indiquée, dans ces cas, lorsque le traitement médical reste inopérant.

M. ***Mauclaire*** signale le rôle étiologique possible des traumatismes même légers dans l'apparition des douleurs.

A propos de l'ostéosynthèse (*suite de la discussion*). — M. ***Mathieu*** estime que l'ostéosynthèse donne de très bons résultats entre les mains d'un chirurgien exercé, opérant dans un bon milieu et avec une bonne instrumentation.

Son expérience personnelle lui permet de dire : 1° que dans les fractures fermées des enfants, l'ostéosynthèse est aussi bien supportée que chez les adultes et donne d aussi bons résultats ; 2° que cependant l'ostéosynthèse n'a à cet âge que de rares indications.

Il a surtout utilisé l'ostéosynthèse dans les fractures des deux os de l'avant-bras lorsque les tentatives de réduction n'ont pas donné de bons résultats. Le meilleur procédé lui paraît être la plaque vissée avec deux vis au-dessus, deux vis au-dessous du trait de fracture. D'une façon générale les résultats ont été excellents. Une fois cependant il y a eu persistance d'un peu d'angulation du radius et une raideur assez marquée du poignet. Jamais il n'a été obligé d'enlever le matériel de prothèse.

Néanmoins, il utilise rarement la méthode sanglante puisque, sur 400 cas de fractures traités dans son service, il n'a fait que 15 ostéosynthèses et, après avoir étudié les collections de radiographies de M. Broca, il aurait plutôt tendance à être moins interventionniste encore, tant il est manifeste sur ces radiographies, dont il montre quelques-unes, que, chez l'enfant, les os mal mis bout à bout et chevauchant, s'arrangent et se modèlent peu à peu.

M. ***Ombrédanne*** est du même avis. Il est cependant, à l'avant-bras, un cas où l'ostéosynthèse est absolument indiquée, c'est lorsque le chevauchement des deux os n'est pas le même. Malgré les modelages ultérieurs, il subsisterait une déviation déplorable.

Ulcères peptiques et fistules gastro-coliques. — M. ***Brun*** (Angers) a eu l'occasion d'opérer un ancien malade, antérieurement opéré par M. Montprofit pour sténose du pylore. On avait fait une gastro-entérostomie en Y. Ce malade eut un ulcère peptique et une fistule gastrocolique avec vomissements fécaloïdes. Ces opérations sont toujours très difficiles car, par suite des adhérences, il est très difficile de s'orienter. Il dut faire une résection partielle de l'estomac à la grande courbure, une résection de la portion médiane du côlon transverse de manière à enlever d'un bloc toute l'ancienne bouche de gastroentérostomie et la fistule. Il put ensuite rétablir la continuité du tube digestif. L'opération fut très longue et le malade bien que très fatigué, se rétablit et fut complètement guéri.

M. ***Cunéo***. — La gastroentérostomie en Y est celle qui expose le plus aux complications. Dans ces cas il faut enlever le plus possible d'estomac car les ulcères peptiques ont une fâcheuse tendance à récidiver.

M. ***De Martel*** fait remarquer que dans ces opérations on est finalement obligé de faire une gastro-entérostomie en Y.

Présentation de malades. — M. ***Alglave*** présente un cas de fracture malléolaire à grand déplacement, opéré par la voie transcalcanéenne avec un résultat excellent.

M. ***Lenormant*** présente un malade, atteint de fistule pleurale consécutive à une pleurésie purulente et auquel il a fait avec un succès complet une décortication du poumon.

Séance du 26 novembre 1924.

Fracture de l'épine du tibia. — M. ***Rouvillois*** fait un rapport sur une observation de M. Curty relative à un cas de traumatisme du genou où la radiographie montra un arrachement de l'épine du tibia. Ces cas dont M. R. signale trois autres observations personnelles, sont probablement plus fréquents qu'on ne croit mais ne peuvent être décelés que par la radiographie. Lorsque le fragment est complètement décollé il est nécessaire de l'enlever ou, s'il est volumineux de le visser sinon les massages peuvent suffire à la guérison.

M. ***Alglave*** signale un cas de ce genre observé récemment par lui.

MM. ***Mouchet*** et ***Basset*** ont également observé des faits de cette nature.

Décollement du condyle externe du coude. — M. ***Mouchet*** rapporte une observation de M. Desmarest (armée) relative à ces fractures qu'il a décrites sous le nom de décollement du condyle externe. Dans l'un de ces trois cas, il y avait en réalité deux fragments détachés, ce que pouvait montrer un examen très attentif de la radiographie. M. Desmarest crut qu'il n'y en avait qu'un, l'enleva et eut un résultat forcément incomplet, il dut réintervenir et cette fois fit une incision externe, conseillée de préférence par le rapporteur au lieu d'une incision dans le sillon bicipital externe, voie suivie à la première opération.

M. Desmarest a communiqué en même temps deux autres fractures du coude dont une est une fracture marginale de la tête du radius droit avec fracture sans déplacement du coroné. Il y eut une paralysie radiale transitoire. Le fragment radial fut enlevé et le malade guérit très bien.

M. ***Tuffier*** est absolument partisan de l'ablation du fragment dans les fractures du coude où l'on constate la présence d'un fragment libre.

Stérilisation des scolex hydatiques par la radiothérapie. — M. ***Arce*** (Buenos-Ayres) fait une communication sur les essais qu'il a faits pour obtenir la stérilisation des kystes hydatiques par les rayons X. Il a pu *in vitro* obtenir des résultats absolument nets

© BIU Santé

qui démontrent nettement que les scolex sont détruits par les doses qu'il a employées.

M. *Proust* fait remarquer que les doses employées sont énormes. Ce qui serait important, c'est d'obtenir des résultats *in vivo* et avec des doses maniables.

M. Arce a fait des essais également chez l'homme dans des cas de kystes relativement très superficiels. Il a employé les filtres utilisés pour les tumeurs malignes mais il ne peut donner de précisions absolues sur les doses employées. On a pu constater dans trois cas des destructions de scolex ceux-ci étaient désinvaginés, avaient perdu leurs crochets et étaient immobiles.

La position de Depage dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — M. *Abadie* (Oran) fait une courte communication sur les avantages que lui a paru avoir la position de Depage : position ventrale avec sacrum élevé et infléchi, pour le traitement des fistules vésico-vaginales. Cette position empêche d'être gêné par l'urine, expose parfaitement les lésions et permet de travailler comme sur un pupitre. Dans un cas très difficile, c'est à l'emploi de cette position qu'il attribue le beau succès qu'il a obtenu.

Le traitement des infections post abortum *(suite.)* — M. *Alglave*, très interventionniste autrefois, l'est devenu de moins en moins. Il estime que, mis à part les cas de perforation utérine, d'hémorragie grave pour laquelle le curettage est de mise, et ces cas ne sont pas les plus fréquents, loin de là, l'abstention doit être la règle, dans toutes les infections aiguës du post-abortum dès que celles-ci ont un peu dépassé la muqueuse utérine. Le curettage bien loin d'être aussi utile qu'on le dit communément, est nuisible et même dangereux lorsque l'infection date de plusieurs jours. Il est, à son avis, responsable de bien des poussées annexielles et de bien des phlegmons des ligaments larges.

Sauf le cas d'hémorragie ou de fausse couche tout à fait récente, M. Alglave, quel que soit le degré des lésions, met les malades au repos absolu avec glace sur le ventre, injection vaginale journalière, huile camphrée. Et par cette méthode ses malades guérissent avec des organes intacts. Sur 300 cas par an traités ainsi par lui à l'Hôtel-Dieu il n'a perdu que deux malades : l'une d'ictère grave quelques heures après l'arrivée à l'hôpital, l'autre de septicémie suraiguë en quelques jours.

M. *Faure* s'élève contre cette opinion. Il reste absolument convaincu et son expérience le lui démontre journellement qu'il faut vider l'utérus des débris placentaires infectés et putrides qu'il contient.

M. *Cunéo* est absolument du même avis. Il faut vider l'utérus. On peut d'ailleurs, pour éviter le traumatisme trop violent user de curettes mousses mais ces débris doivent être d'abord enlevés et souvent on voit aussitôt la température baisser et l'état général s'améliorer.

Présentation de malades. — M. *A. Schwartz* présente trois malades qu'il a traitée pour des pleurésies purulentes putrides graves avec simple pleurotomie au point déclive, et drain court, et qui ont tous trois guéri sans fistule et avec une intégrité pulmonaire complète. Il attribue ces résultats à la gymnastique respiratoire.

M. *Lenormant* présente un cas d'ankylose du genou qu'il a opéré il y a quatre ans et où le résultat fonctionnel est excellent.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1924

Pseudotuberculose pulmonaire et péritonéale. Présence d'un saccharomyces. Absence de bacilles de Koch. — *MM. Boidin et Potron*, à l'occasion de la récente communication de *MM. Philibert et Cordey*, rapportent une observation recueillie en 1916 qui plaide en faveur du rôle pathogène possible d'un saccharomyces dans la détermination d'accidents simulant la tuberculose. Le malade présenta pendant 5 mois des troubles abdominaux et pulmonaires avec cachexie progressive. Jamais on ne put déceler de bacille de Koch dans les crachats, mais présence constante, dans l'expectoration, les vomissements, les fèces d'un saccharomyces dont les caractères sont détaillés dans l'observation.

A l'autopsie constatation de grosses nodosités péritonéales simulant un néoplasme ; granulations pulmonaires parfois conglomérées et abcédées. L'examen histologique permit d'éliminer à coup sûr le cancer. Les nodosités avaient une structure tuberculoïde avec cellules géantes. Pas de bacilles de Koch sur les coupes mais présence de levures altérées dont la cuticule était encore parfaitement reconnaissable.

Syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques. — *MM. Sézary, Dessaint et Jonesco* présentent un malade chez lequel une paraplégie spasmodique, du nystagamus, du tremblement intentionnel, de l'adiadococinésie, de l'atrophie des muscles d'une cuisse, des paresthésies, l'abolition du reflexe abdominal, auraient pu en imposer pour une sclérose en plaques, si des troubles marqués de la sensibilité superficielle, insolites dans cette affection, ne les avaient déterminés à pratiquer une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien présentait les anomalies caractéristiques de la syphilis nerveuse : hyperleucocytose, hyperalbuminose, réaction de Bordet-Wassermann. Malgré l'absence de tout antécédent et de tout stigmate syphilitiques, le traitement bismuthique fut institué et amena progressivement la regression presque totale des troubles observés.

Cette observation s'ajoute à celles que l'on connaît déjà pour confirmer l'existence d'une forme de syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques. Cette forme est surtout intéressante à connaître parce qu'elle est accessible au traitement. Les auteurs insistent sur l'importance de la ponction lombaire qui est seule capable de préciser le diagnostic.

M. Sicard considère que la syphilis nerveuse ne peut simuler que pendant peu de mois la sclérose en plaques ; cette dernière pouvant rester invariable pendant des années.

Sur un cas de tabes avec sclérodermie. — *MM. Georges Guillain et Celice* présentent une malade chez laquelle on constate la coexisence d'un tabes typique (douleurs fulgurantes, légère ataxie, abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson bilatéral) avec une sclérodermie très accentuée des membres supérieurs. Au sujet de cette présentation ils rappellent que la sclérodermie paraît très rare parmi les troubles trophiques cutanés éventuels du tabes. Si, entre le tabes et la sclérodermie, il ne paraît pas y avoir de relation de causalité directe, leur observation toutefois permet d'envisager pour leur malade l'origine syphilitique commune et du tabes et de la sclerodermie. MM. Guillain et Galice signalent un certain nombre d'observations où l'origine syphilitique de la sclérodermie a été mentionnée chez des sujets présentant une réaction de Wassermann positive et ayant bénéficié du traitement spécifique ; ils pensent que l'histoire clinique de leur malade apporte un argument en faveur de l'origine syphilitique de certains cas de sclérodermie, mais il est loin toutefois de leur pensée de soutenir que la sclérodermie reconnaît toujours une origine syphilitique.

M. Léri, dans un cas de sclérodermie, a pu constater à l'examen radiographique des lésions diffuses d'ostéite syphilitique.

Hypochondroplasie héréditaire. — *M. André Léri et Mlle Linassier* montrent une mère et sa fille qui ont toutes deux un raccourcissement congénital du quatrième doigt aux quatre extrémités : ce raccourcissement est dû au défaut de développement en longueur du métacarpien et du métatarsien. La même difformité porte aussi sur une troisième génération (grand-père).

Cette « brachymélie métapodiale » fait partie des altérations fréquentes de l'apochondroplasie. Or, en examinant les deux malades de parti pris, on constate qu'elles ont bien d'autres caractères de l'apochondroplasie : petite taille, grosse tête, enfoncement de la racine du nez et étalement de la base, doigts courts et carrés avec petits ongles élargis, ensellure lombaire avec ventre proéminent, membres supérieurs un peu courts, écartés et en pronation, surélévation de la tête du péroné.

© BIU Santé

Deux seuls signes manquent, la prédominance rhizomélique du raccourcissement des membres et la main en trident ; mais ces signes sont précisément fort inconstants dans l'achondroplasie la plus avérée.

Tous les autres signes de l'achondroplasie sont atténués ; ce n'est ni une achondroplasie fruste, ni une achondroplasie latente, ni à plus forte raison une achondroplasie partielle, c'est une achondroplasie atténuée, dont le diagnostic ne s'impose pas, une « hypochodroplasie » si l'on veut.

Une remarque intéressante, c'est que cette affection est héréditaire. Une autre remarque intéressante, c'est qu'une hyperostose de la table interne du crâne et le résultat obtenu par le traitement spécifique sur des céphalées persistantes semblent indiquer que l'hérédo-syphilis est en cause chez ces malades.

Un cas de bronchectasie juxta-diaphragmatique guérie par la phrénicotomie. — ***M. Rist*** rapporte l'observation d'un jeune homme atteint de bronchectasie de la base pulmonaire droite avec hémoptysies abondantes, chez lequel un pneumothorax artificiel suivi d'une résection costale postérieure n'amena pas la guérison qui fut obtenue par la phrénicotomie droite.

Exploration clinique des capillaires sanguins, cutanés et muqueux de l'homme. — ***M. Guillaume*** présente un appareil pour l'exploration clinique des capillaires.

MM. Pagniez et Laubry, à ce propos, soulignent le faible intérêt clinique de la capillaroscopie.

Mutations dans les hôpitaux :

Hôtel-Dieu : *M. Comte.*
Hérold : *MM. Weil-Hallé.*
Broussais : *M. Laubry.*
Ambroise-Paré : *M. Abrami.*
St-Antoine : *M. Halbron.*
La Charité : *M. de Jong.*
Andral : *M. Paisseau.*
Tenon : *M. Lian.*
Broca : *M. Lœderich.*
St-Périne : *M. Fiessinger.*
Les Ménages : *M. Darré.*
Bicêtre : *MM. Sézary et Monier-Vinard.*

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 novembre 1924.

Ponte ovulaire hémorragique. — M. ***Raymond Bonneau*** rappelle que sous le nom « d'hématomes ovariens et juxta-ovariens » il a décrit le vaste syndrome des hémorragies ovariennes récidivantes. Toutes les pièces opératoires ont un point commun : l'intégrité de la muqueuse de la trompe.

Roulland insiste sur la différence qu'il y a entre les hémorragies de l'ovaire et les hémorragies tubaires.

Les hémorragies ovariennes sont très fréquentes : elles peuvent rester intra-ovariennes (corps rouge de Dalché) et ne dépassent pas le volume d'une noisette. Si les follicules de de Graff hémorragiques se rompent, ils peuvent donner lieu à une inondation péritonéale. Ces hémorragies se produisent au milieu de l'espace inter-menstruel.

A côté des hémorragies ovariennes sont les hémorragies tubaires étudiées par Louis Bazy sous le nom de pachysalpingites hémorragiques.

M. ***Brodier*** montre qu'il y a une séparation très nette entre les hémorragies intra-kystiques de l'ovaire et l'hématoovarie.

Des interventions abdominales au cours de la grossesse. — M. ***Ozenne*** s'occupe d'abord des maladies siégeant en dehors de la sphère génitale ; puis, dans la seconde moitié de sa communication, il discute le traitement des affections de la sphère génitale. Si chez quelques femmes on peut différer l'intervention, chez d'autres on ne doit pas hésiter à recourir à l'opération indiquée, comme s'il ne s'agissait pas d'une femme enceinte. Toutefois, pour les fibromes, M. Ozenne estime que le chirurgien devra être conservateur au maximum avant le terme, et radical au moment de l'accouchement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Néphrectomie par voie antérieure. — M. ***Pasteau*** présente un rein gauche enlevé pour néoplasme chez un homme dont le rebord costal n'était séparé de la crête iliaque que par une distance de deux travers de doigt. L'*incision transversale* dut être complétée par une *longue incision verticale de la gaine du muscle droit.* se prolongeant en haut jusqu'au niveau du rebord costal.

M. ***Iselin*** emploie la voie parapéritonéale avec incision transversale dans deux cas seulement ; les tumeurs du rein et les néphrectomies secondaires. Cette incision est la seule qui permette d'arriver sur la face antérieure du pédicule et d'en pratiquer la section, première clef de ces néphrectomies difficiles.

Tuberculose des ovaires. — M. ***Haller*** relate l'observation d'une tuberculose localisée uniquement aux ovaires.

Cette localisation est rare. Cliniquement, c'est à la forme aiguë de la tuberculose génitale que le cas appartient ; anatomopathologiquement : abcès froid des deux ovaires.

Comme suites, la malade à qui l'utérus a été conservé lors de l'intervention chirurgicale présente avec des phénomènes d'insuffisance ovarienne, des pertes sanguines, survenant périodiquement tous les mois pendant quatre jours, véritables menstrues.

Des indications et contre-indications de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures fermées récentes. — ***Judet.*** — I. Il existe un certain nombre d'indications formelles de la réduction à ciel ouvert, à savoir :

1° L'intervention des parties molles entre les fragments ;
2° Les paralysies nerveuses immédiates ;
3° Les déplacements irréductibles par des manœuvres externes et fonctionnellement graves : les fractures articulaires donnent souvent lieu à des faits de cet ordre. Aussi les fractures de la tubérosité externe de l'humérus, du condyle externe du même os ; les fractures des condyles fémoraux ou des plateaux du tibia gagnent souvent à être opérées.

II. L'ostéo synthèse est contre-indiquée dans l'immense majorité des fractures diaphysaires.

III. Certaines fractures sus-articulaires (fracture sus-condylienne de l'humérus, fracture de l'extrémité inférieure du radius) donnent des résultats si parfaits par la méthode non sanglante que la question de l'opération ne se pose même pas. Il en est de même pour la fracture de Dupuytren.

Arthroplastie pour ankylose de la hanche. — ***Dupuy de Frenelle*** rapporte l'observation d'une arthroplastie de la hanche faite sur un malade atteint de maladie ankylosante de la colonne vertébrale, des deux hanches et des deux genoux.

L'opération a consisté en résection de la tête fémorale, encapuchonnement du col par un lambeau du fascia lata, et fixation du col à la cavité cotyloïde par un ligament rond et par un ligament de Bertin artificiels. La mobilisation a pu être très étendue, sans douleur, dès les premiers jours qui ont suivi l'opération.

L'opération a montré un foyer de tuberculose dans la tête et le col fémoral, ce qui semble plaider en faveur de l'origine tuberculeuse de la spondylose rhizomélique. Elle n'a donné lieu à aucune suppuration post-opératoire. ce qui plaide en faveur de l'opération des tuberculoses osseuses. Un an après l'opération, le malade pouvait porter la jambe du côté opéré devant l'autre. Trois ans après l'opération l'ankylose s'est reproduite. Chez un malade atteint de maladie ankylosante, l'ostéotomie sous-trochantérienne préconisée par Peugniez paraît supérieure à l'arthroplastie de la hanche.

H. ***Burty*** présente un fibro-myome pédiculé enlevé par myomectomie, chez une primipare de 37 ans enceinte de 4 mois. La

© BIU Santé

tumeur méconnue encore quelques jours avant l'opération, s'est manifestée par des douleurs très violentes.

La large zone de nécrose qu'on distingue nettement sur la pièce fut sans doute le point de départ de ces douleurs.

Lors du départ de l'hôpital au vingt-deuxième jour, le fœtus était vivant et la mère bien portante.

Petit de la Villéon présente les pièces et les radiographies de fractures rares ; fracture du calcanéum avec arrachement partiel de la grande apophyse ; fracture spiroïdale de deux métacarpiens.

Thévenard rapporte un cas de *sténose sous-vatérienne du duodénum* observée chez un enfant de six ans ; sténose due à la compression exercée par les ganglions tuberculeux situés à la racine de la mésentérique. L'affection se traduisait par des crises douloureuses aiguës apparaissant dès le début de la digestion, se prolongeant par crises intermittentes pendant plusieurs heures. A l'intervention, qui consista en une gastro-entérostomie, on trouva, outre des lésions de péritonitebacillaire, une invagination jéjunale qui parut toute récente. Guérison opératoire.

Séquelles algiques d'encéphalite léthargique confondues avec des maux de Pott. — ***G. Roederer.*** — Il s'agit, dans le premier cas, d'un jeune homme de vingt ans traité pour une spondylite bacillaire, qui présentait depuis six mois des douleurs lombaires extrêmement vives, non influencées par le mouvement et non calmées par les médicaments. Des signes de parkinsonisme non douteux amenèrent l'auteur à penser à une précédente encéphalite épidémique dont l'existence n'avait pas été signalée dans l'historique du malade.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 50 ans, qui présenta des crises de myoclonus du sterno mastoïdien, du trapèze et du deltoïde, après une période de phénomènes purement algiques qui avaient été rapportés à un mal de Pott cervical. Pas d'encéphalite caractérisée dans ses antécédenis. Pas de parkinsonisme ; action médiocre du traitement salicylé. Sédation lente et disparition progressive des phénomènes en six mois. Radio négative et aucun signe d'ostéite vertébrale.

Prix à décerner par la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris dispose de trois prix :

1° Prix de la *Société des chirurgiens de Paris* (fondation Dartigues) sur un sujet intéressant la chirurgie.

2° Prix de *Chirurgie gastro-intestinale* (Fondation Pauchet).

3° Prix d'*Urologie chirurgicale* (Fondation Cathelin).

Ces prix sont de 1.000 francs chacun.

Les manuscrits, dactylographiés, devront être remis avant le 28 février 1925, la distribution ayant lieu à la première séance de mai.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1924.

Un cas de pseudo-crampe des écrivains. — M. ***Gommès*** présente un malade atteint de cette affection par spasme fonctionnel des fléchisseurs du pouce et de l'index ; pas d'alcoolisme, aucune tare psychique ; syndrome constitué rapidement après une chute sur la main. Guérison presque immédiate après injection, dans le plexus, de sérum de Hayem, antipyrine et cocaïne.

Deux adénites tuberculeuses fistulisées du cou guéries par l'extrait bacillaire colloïdal de M. *Grimberg* : présentation des malades.

Les données récentes en oto-rhino-laryngologie. — Tel est le titre du livre du Dr ***de Parrel***, présenté par M. ***Rosenthal***.

La douleur en chirurgie. — M. ***Dartigues*** présente un travail fort intéressant sur ce sujet, sur les moyens anesthésiques employés pour l'abolir dans les opérations. Il décrit l'état d'esprit du malade et du chirurgien devant la douleur.

Gros fibrome compliqué de tumeur végétante des ovaires. — M. ***Dartigues*** présente un gros fibrome avec tumeurs végétantes bilatérales des ovaires et zone d'induration du bord inférieur de l'épiploon. Il pense que les moyens physiothérapiques, radium ou rayons X n'auraient pas guéri la malade.

Un cas de psycho-névrose surrénallienne. — M. ***Léopold-Lévi*** apporte l'observation d'un cas d'anesthésie musculaire accentuée avec troubles dans le domaine du sympathique abdominal, troubles d'anxiété, idées noires, ébauche d'état maniaco-dépressif avant les règles, de troubles circulatoires, sécrétoires, etc... Amélioration par l'opothérapie surrénale, guérison par ingestion de cortico surrénale, maintenue depuis quinze mois. En résumé, débilité surrénalienne congénitale, exagérée à la puberté : syndrome surtout cortico-surrénal.

Est-il possible en clientèle de guérir les morphinomanes. — M. ***Crouigneau*** vient montrer la différence qu'il y a entre la morphinomanie et la morphinisation. Il insiste sur la crise de besoin, sorte de déséquilibre sympathique.

A propos de la scoliose. — M. ***Roederer*** insiste sur la distinction à faire entre la scoliose qui évolue chez la jeune fille chlorotique hypoendocrinienne qui guérit et la scoliose d'ordre osseux primitif qui donne les difformités graves et invétérées.

M. ***Kouindjy*** pense que les scolioses communes prises au début guérissent par la kinésithérapie ; ignorées ou malignes, elles exigent une thérapeutique compliquée, longue, avec résultat très relatif.

H. Duclaux.

ANALYSES

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Etude sur la poradéno-lymphite (ou poradeno-lymphite suppurée bénigne à forme septicémique) ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas Favre. (Ravault, Boulin, Rabeau. *Annales de dermato-syphiligraphie*, septembre 1924.)

Très beau travail du service Ravault. Il résume bien ce que l'on sait actuellement de cette question.

La lymphogranulatose est caractérisée au point de vue clinique par :

1° *Des tumeurs ganglionnaires* siégeant ordinairement aux aines mais qui semblent exister aussi fréquemment, ailleurs. Ces tumeurs assez vite développées, atteignent la grosseur d'une noisette, une noix à un œuf. Elles sont multiples, unilatérales ou à prédominance unilatérale. A la palpation, au siège classique, elles forment une masse bosselée, par leur confluence. Elles remontent dans le bassin, la fosse iliaque, passent sous l'arcade crurale. Elles sont recouvertes d'une peau normale. Elles créent une sensation de lourdeur, de tension peu marquée.

2° *La porte d'entrée* est minime, souvent inaperçue. Il s'agit soit d'une petite érosion, soit d'une exulcération lenticulaire indurée, soit d'une papule ou d'une nodosité qui se fistulise. Elle dure peu.

3° *Les signes généraux* existent presque toujours : température pouvant monter à 39°, céphalée, vomissements, anorexie, asthénie, douleurs diverses. Presque toujours hépato et splénomégalie. Parfois on se croirait en face d'une véritable maladie infectieuse. En tous cas il s'agit sûrement d'une maladie générale.

L'évolution est longue. Les signes disparaissent vite. La porte d'entrée de même. L'adénopathie persiste 4 ou 5 mois. Tantôt elle reste identique à elle-même. Tantôt elle suppure, c'est le cas le plus fréquent. Par un ou plusieurs orifices sort un pus granuleux, gluant, visqueux, puis une sérosité couleur sucre d'orge qui tache le linge. La peau ne s'ulcère pas autour des orifices de sortie du pus. Après un certain temps l'adénopathie diminue mais tout le tissu cellulaire périganglionnaire s'infiltre et forme une masse dure, ligneuse, en bourrelet. Le tissu fibreux, bien spécial à cette maladie, peut engaîner les vaisseaux, créant un véritable éléphantiasis de la jambe.

© BIU Santé

Des poussées successives peuvent se voir avec réveil de signes généraux et de suppuration locale. Jamais les ganglions profonds ne suppurent.

La guérison se produit tardivement sans séquelle.

Cette maladie est nettement contagieuse.

Au point de vue biologique, on trouve surtout des troubles de la leucocytose (augmentation des moyens et des grands mononucléaires).

L'anatomie pathologique montre des lésions à plasmazellens au niveau de la porte d'entrée, des abcès multiples au niveau des ganglions.

Le germe infectieux est inconnu.

Les auteurs étudient ensuite le diagnostic. On doit éliminer le chancre mou, le chancre syphilitique, la tuberculose, le cancer. Le diagnostic avec les leucémies lymphatiques, la maladie de Hogdkin se fait d'après l'état du sang et de la rate. Ces maladies sont chroniques, fatales, ne suppurent jamais.

Les traitements les plus divers ont été essayés : mercure, arsenic, fer, ablation chirurgicale. Le meilleur consisterait à employer l'iode sous forme de liqueur iodo-iodurée, en injection intra-veineuse ou par voie buccale. L'émétine lui sera associée. On pourra en outre traiter localement par la radiothérapie ou les rayons ultra-violets.

Quelques règles à suivre dans le traitement de la pelade. (R. Sabouraud. *La Médecine*, novembre 1924.)

Le mécanisme de la pelade est obscur. L'expérience montre que la première plaque est ordinairement suivie de beaucoup d'autres naissant dans les régions saines jusque-là. Elle montre en outre que l'on peut empêcher l'apparition de ces dernières en prenant un soin extrême des régions saines. Ces soins sont plus importants que ceux de la plaque initiale.

L'huile de cade est un traitement prophylactique incomparable. On doit faire appliquer sur tout le cuir chevelu par massage chaque soir une pommade cadique dans le genre de celle-ci :

Huile de cade désodorisée.....	10 gr.
Vaseline.....	10 gr.
Lanoline.....	10 gr.

On fera le matin à la toilette un savonnage.

Bien entendu on soignera en outre le terrain s'il y a lieu. Syphilis héréditaire et insuffisance endocrinienne sont souvent en cause.

Traitement des eczémas suintants par l'enveloppement caoutchouté. (Lortat-Jacob. *La Médecine*, novembre 1924.)

L'auteur insiste sur l'importance de la médication externe, à côté des traitements hygiéniques et internes. L'enveloppement caoutchouté, *méthodes de Tennesson*, donne des résultats remarquables.

Son principe consiste à faire suinter tant que l'on peut les eczémas. Le liquide qui infiltre la peau doit s'éliminer par elle. On réalise ainsi une véritable *saignée séreuse* fort utile chez ces sujets qui sont souvent des auto-intoxiques, des goutteux, des obèses, des diabétiques, des asthmatiques, des insuffisants rénaux. On sait du reste qu'un assèchement rapide peut engendrer des troubles généraux graves. D'autre part localement il change souvent l'eczéma suintant en un eczéma sec, craquelé, très durable.

La technique est simple.

On commence par combattre les croûtes et l'inflammation par des pansements humides au sérum artificiel additionné d'un gramme de sulfate de zinc par litre. Chez l'enfant on peut employer les cataplasmes de fécules de pomme de terre.

Quand la région est assainie on pratique l'enveloppement avec une fine toile caoutchoutée, posée directement, sans plis, sur la zone suintante et fixée par une bande, pas trop serrée. Il est capital de laisser la zone atteinte au complet repos.

Au bout de quelques heures on a un suintement abondant qui réveille du prurit, car le liquide exsudé est irritant. A ce moment on change l'enveloppement et on nettoie la plaie au sérum physiologique. Jamais on ne doit laisser l'eczéma exposé à l'air.

Après quelques jours le prurit diminue, l'exsudat reste stationnaire. Il s'arrête au bout d'un temps variable. Quand l'épiderme n'est ni rugueux, ni suintant ni prurigineux, le traitement est suffisant.

On entre alors dans la deuxième phase de l'eczéma, celle des onctions grasses que l'on peut faire simplement avec :

Oxyde de zinc.....	1 gr.
Axonge fraîche.....	20 gr.

ou

Sous-nitrate de bismuth.....	1 gr.
Axonge fraîche.....	20 gr.

En cas d'eczéma sec on fait également un enveloppement caoutchouté. S'il y a suintement on le continue, sinon on passe aux onctions grasses.

Une maladie souvent confondue avec la roséole syphilitique : le pityriasis rosé de Gibert. (Paul Chevallier. *L'Hôpital*, novembre 1924.)

Au printemps et à l'automne, le diagnostic se pose souvent. Le malade consulte pour une éruption de plaques arrondies, de tailles inégales, d'aspects dissemblables : soit petites, syphiloïdes; soit grandes circinées.

Un examen attentif permet un diagnostic rapide. Tout d'abord on note la coexistence de tous les stades évolutifs. On voit les unes à côté des autres des macules rosées, plates ou bombées, des taches floues non limitées, des éléments gros comme cinquante centimes, d'autres comme un franc, parfois plus étendus.

La certitude nous est donnée par quatre signes :

1° *Le prurit* quand il existe, ce qui est fréquent. La syphilis ne démange pas.

2° *La desquamation* qui apparaît en 2 à 3 jours : vraie poussière d'épiderme.

3° *Les médaillons.* — Plaques ovalaires ou rondes ils ont :

Un centre lisse affaissé, jaunâtre, bistré, strié de hachures parallèles.

Des bords saillant un peu, finement squameux qui représentent la zone d'accroissement.

Parmi les médaillons l'un est plus volumineux : c'est le plus âgé. Il siège n'importe où : sur le cou, le tronc, les membres, surtout à mi-hauteur de la poitrine. C'est la plaque primitive de Brocq.

4° *L'évolution générale.* — Soudaine, multiple, progressive, précipitée, l'éruption augmente de jours en jours débute au cou, descend vers les flancs, les cuisses. Elle se voit parfois aux bras, aux jambes. Elle respecte la face et le cuir chevelu.

En 6 à 10 semaines survient la guérison.

Il existe des cas de diagnostic difficile : l'exanthème a pu être modifié par le traitement. Il peut être circiné, ressemblant à un eczéma séborrhéique, mais dans ce cas, il n'y a jamais de plissement au centre. Il peut être fruste sans prurit ni médaillon, ni desquamation. Dans ces cas l'examen général et le B. W. seront faits.

Le traitement consiste à saupoudrer d'une poudre inerte, ou à recouvrir d'une crème. S'il y a du prurit on fera des lotions phéniquées à 1 ou 2 %. A la fin on appliquera du glycérolé d'amidon ichtyolé à 2 %.

La cryothérapie des kéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes. (Lortat Jacob. *Pratique médicale française*, juin 1924, l° 11.)

On doit distinguer la *kéloïde*, petite masse dure fibromateuse spontanée, souvent inesthétique, car elle aime les parties découvertes. Elle prend le nom de chéloïde si elle a la forme d'une pince d'écrevisse, d'un pied fourchu.

Et *les cicatrices chéloïdiennes*. Celles-ci ne sont pas toutes des cicatrices vicieuses ou difformes mais des indurations, naissant

© BIU Santé

dans une cicatrice préexistante soit dans son épaisseur, soit dans un de ses bords. Certains sujets y semblent particulièrement prédisposés.

L'excision expose à des récidives disgracieuses. L'électrolyse, la radiothérapie enregistrent, outre des insuccès, des complications. La cryothérapie est le traitement de choix. Elle désinfiltre la tumeur sans exposer à des réactions ultérieures. 25 observations résumées dans l'article en font foi.

Les cicatrices chéloïdiennes guérissent constamment et d'autant plus qu'elles sont plus rouges, plus saillantes, plus jeunes. On fait des applications modérées au-dessous d'un kilog. Dès que la réaction consécutive aux phlyctènes a permis d'enlever à la curette les premières couches fibreuses desséchées, on fait des applications à plus forte pression et pouvant aller jusqu'à 40 secondes. On touche ensuite au néol. Il n'y a ni complications, ni récidives.

Les kélcïdes spontanées sont plus résistantes au froid. On ne peut affirmer la guérison totale, mais l'amélioration est constante et l'aggravation est jusqu'alors inconnue.

18 chancres avec ultra-négatifs donnent 6 réactions locales positives et 12 partiellement positives. Les 18 B. W. dans le sang étaient négatifs.

67 cas ont été négatifs au point de vue ultra, réaction locale, réaction générale.

Conclusion. — Cette méthode est utile quand on ne trouve ni spirochète dans le chancre, ni B. W. dans le sang.

On doit traiter le sujet par traitement abortif si la réaction locale est positive plusieurs fois, malgré les autres recherches négatives.

Une réaction locale négative, avec recherche du tréponème négative, n'élimine pas d'une manière absolue le diagnostic de syphilis.

La réaction locale est positive quelques jours avant le B. W. sanguin et n'a de valeur que dans ce cas.

En aucun cas elle ne doit empêcher l'examen ultra-microscopique qu'elle complète et ne remplace pas.

La paralysie générale. Critérium humoral rachidien. (Sicard et Haguenau. *Médecine*, novembre 1924.)

Il est très important de différentier une P. G. d'une syphilis cérébrale ou cérébro-médullaire chez un sujet ayant un B. W. positif dans le liquide céphalo-rachidien. Le pronostic est très différent.

Lange a essayé une méthode à l'or colloïdal pour permettre le diagnostic différentiel. Elle est compliquée et discutée. Sicard et Haguenau proposent la suivante :

Dans un flacon d'Erlenmeyer en verre neutre on verse :

1° 100 cc. d'eau strictement neutre.

2° 1 cc. d'une solution préparée d'avance et gardée en ampoules composée de : eau distillée neutre 100 cc., glucose 5 gr., acide tartrique 2 gr. 50. On chauffe à 90° ; on ajoute peu à peu 4 gr. de carbonate de potasse anhydre.

On porte à l'ébullition. On fait tomber goutte à goutte 1 cc. d'une solution aqueuse de chlorure d'or à 2 %. On laisse bouillir quelques instants. On a une belle solution rouge-rubis prête à servir après refroidissement.

Pour la réaction on fait une dilution du liquide céphalo rachidien au 1/4 dans de l'eau distillée neutre.

Dans 3 tubes à hémolyse on place 0,3, 0,4, 0,5 centicubes de cette dilution.

Dans chaque tube on ajoute 1 cc. de la solution d'or,

Si elle ne se modifie pas, la réaction est négative ; ce n'est pas une P. G. Si elle se décolore, elle est positive, c'est une P. G.

La lecture de la réaction se fait de suite par centrifugation sans mise à l'étuve, à la température ordinaire, ou moins vite en quelques heures en ne centrifugeant pas

Dans plus de 100 cas la réaction a été fidèle.

Durée d'incubation du chancre syphilitique. (Levy-Bing et Gervay.)

Après des recherches personnelles très nombreuses et comparaison avec les statistiques de divers auteurs, ils arrivent à cette conclusion :

La durée minima est de 8 à 10 jours.

La durée maxima est de 70 jours.

La durée moyenne est de 34 à 35 jours, ce qui est plus que le le chiffre admis par Fournier. En réalité, celui-ci avait trouvé 31 jours, mais, se méfiant des longues incubations il avait abaissé arbitrairement sa moyenne à 25 ou 26 jours.

En pratique dans 80 % des cas la durée est de 20 à 45 jours.

Réactivation biologique de la réaction de B. W. (Milian. *Médecine*, novembre 1924.)

L'auteur défend la méthode de la réactivation et fournit des exemples probants. Les insuccès sont souvent dus à une technique mauvaise.

Il faut :

1° Pratiquer l'injection modificatrice (606 ou 914) plusieurs mois ou un an après tout traitement antisyphilitique.

2° Faire trois séro-réactions après l'injection provocatrice : le 5e le 15e, le 20e jour ou tout au moins une le 15e jour.

L'apparition de la réaction est brusque ; du jour au lendemain. Elle dure quelques jours à quelques mois, en moyenne six semaines.

Les résultats positifs obtenus se voient dans 55 % des cas de syphilis tertiaire, dans 58 % des cas de syphilis secondaire.

Deux causes dominent les résultats négatifs.

1° *La guérison* si tant est qu'on puisse parler de guérison entière dans la syphilis.

2° L'absence *permanente* de B. W. positif, que l'on voit chez certains sujets.

D'autres causes que le traitement antisyphilitique peuvent provoquer une réactivation. Ce sont : les maladies infectieuses, l'herpès, les rayons X.

Réaction locale de B. W. sur la sérosité des chancres. (José May, de Montevideo. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, août-septembre 1924.)

La technique est simple :

1° Nettoyer le chancre en surface avec de l'eau distillée, puis du sérum physiologique.

2° Scarifier à la lancette l'ulcération.

3° Aspirer avec une pipette, graduée en décimes, l'exsudation sanguine.

4° Etendre cet exsudat d'eau physiologique à 8 1/2 pour % dans la proportion de 0.1 pour 0.4.

5° Faire décanter et centrifuger.

6° Inactiver et suivre la technique habituelle du B. W.

Les résultats sur 110 cas sont les suivants :

25 chancres avec ultra-positif donnent 23 réactions locales positives et 2 partiellement positives. Il y avait dans ces cas 15 en B. W., dans le sang, négatifs, 2 partiellement positifs, 6 positifs.

L'Invalidité-Maladie, Législation, Evaluations, Etiologie générale. *Pensions militaires, Accidents du travail, Assurances sociales*, par le Dr Ch. Daussat, médecin principal de l'armée, président de commission de réforme. 1 vol. in-16 de 176 pages : 10 fr. (Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

L'auteur s'est proposé, après avoir vu appliquer la Loi d'assurances en Alsace-Lorraine, et en s'appuyant sur une riche documentation, de rassembler ces différentes expériences, et faciliter ainsi aux Médecins Experts et aux Magistrats l'étude de ces importantes et souvent complexes questions.

Traitement manuel des déviations pathologiques du rachis, par le Dr de Frumerie. 1 vol. in-16 avec 61 figures démonstratives 5 fr. (Vigot frèrees, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Le Docteur de Frumerie indique dans ce nouvel ouvrage la méthode qu'il emploie depuis de longues années et avec un succès constant pour le traitement des affections du rachis : cyphose, lordose, scoliose, mais c'est surtout la cyphose qui profite du traitement manuel.

© BIU Santé

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

DIPLOMES D'HONNEUR
Bruxelles 1910
Turin 1911

MÉDAILLES D'OR
Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



La boite pour une semaine environ.

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque **"SPHINX"** et la dénomination **"LACTAGOL"**

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis,** *près* **Paris**
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS

Marque déposée

ANTIACIDE & LAXATIF

Cette préparation possède, sous une forme liquide et assimilable, toutes les propriétés de la magnésie solide, sans en présenter aucun des inconvénients.

Sa fluidité, sa parfaite hydration, son affinité pour les acides, assurent une solubilité parfaite dans les sucs de l'estomac.

Elle est agréable à prendre et son usage prolongé ne donne jamais lieu à des signes d'intolérance.

Envoi d'Échantillon sur demande au Dépôt Général

PHARMACIE ANGLAISE DES CHAMPS-ÉLYSÉES
62, avenue des Champs-Elysées
PARIS (VIIIe)

Téléphone : Elysées **22-52**

Tous les processus douloureux de l'estomac

DYSPEPSIE, HYPERCHLORHYDRIE GASTRITES AIGUËS & CHRONIQUES, ULCÈRES

sont très rapidement améliorés ou guéris

par la

BIOGASTRINE

Granulé contenant 15 % de sucre, agréablement aromatisé
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

Formule très complète (pansement gastrique associé à médication antispasmodique et décongestive) **répondant parfaitement aux trois indications :**

1° **Calmer la douleur.**
2° **Régulariser la sécrétion.**
3° **Rétablir la motilité normale.**

Littérature et échantillons : **BERTHIOT et Cie, Pharmaciens de 1re classe**
1, Boulevard Henri-IV, à PARIS (4e) — R. C. Seine 65.463

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Prurit vulvaire

Toujours explorer le vagin, le col, la vessie.

La métrite du col, la vaginite, la cystite, et en général, toutes les causes entretenant une leucorrhée entretiennent aussi le prurit.

On pensera en outre, aux maladies générales : diabète, azotémie, insuffisance hépatique. Dans les cas où aucune de ces causes ne pourra être découverte, névrodermie ou prurit nerveux.

Traiter la cause :

Les cautérisations du col.
Les injections vaginales.
Les lavages de vessie visceront à supprimer la leucorrhée.

Traitement local :

Les lotions chaudes boratées ou coaltarées, répétées 4 ou 5 fois par jour.

Applications sur toute la région vulvaire d'une épaisse couche d'*Inotyol*, le soir en se couchant. Dans la journée, poudrer soit avec un mélange d'oxyde de zinc et de talc, soit mieux avec de la poudre *Inotyol*.

Si le prurit n'est pas calmé, avoir recours aux cautérisations au nitrate d'argent 1/20 d'abord, puis 1/10, les répéter toutes les 48 heures.

Dans les cas de prurits dits « essentiels », et dans les cas rebelles, la haute fréquence donne souvent d'excellents résultats.

Traitement général :

Il viendra compléter le traitement local, la valériane, le valérianate d'ammoniaque, les bromures, seront des adjuvants utiles chez les nerveux.

Pilules avec :

Valérianate d'ammoniaque....	0,10 centig.
Extrait de valériane.....	0,10 —
Oxyde de zinc.....	0,20 —

Une pilule le soir au coucher.

L'acide phénique à l'intérieur a donné à certains auteurs des résultats très encourageants. On le prescrira sous forme de pilules, à la dose de 5 à 10 centigrammes jour.

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques dermatologiques, par le Dr Brocq. (1 vol. Prix : 60 fr, Masson, éditeur).

La pratique hospitalière de Saint-Louis, qui nous met en contact chaque jour avec une variété considérable de cas dermatologiques, ne peut être comparée en richesse documentaire qu'aux cliniques si savantes et si consciencieusement étudiées que vient de publier M. le Dr Brocq.

Livre d'un intérêt précieux pour le dermatologiste ! — j'allais écrire décourageant... si le problème étiologique qui reste tout entier pour beaucoup de cas n'était là pour animer nos recherches.

Décourageant parce que définitif sur tous les points de l'investigation clinique : là où a passé M. le docteur Brocq il ne reste rien, rien à ajouter — rien à retoucher ! et c'est à ce livre qu'on est tenté d'apporter le tout est dit et l'on vient trop tard en dermatologie depuis que... M. Brocq l'a écrit.. Livre cependant très attrayant et très entraînant après ce premier mouvement, de découragement passé, immédiatement on se sent poussé à l'imitation d'un tel Maître tant les qualités professionnelles qui émanent de lui sont contagieuses. Conscience scrupuleuse dans l'examen méthodique, dans l'observation des faits, justesse et finesse d'interprétation, idées générales, soucis des intérêts du malade, tout, à chaque page, réflète dans ces cliniques les hautes qualités morales professionnelles du maître de Saint-Louis.

On ne sait que signaler. Tout est à lire ; mais spécialement les admirables chapitres de la diminution de la résistance de la peau, les dermatoses des émotifs intoxiqués, les flexions et les alternances morbides.

Que d'enseignements dans la description des prurits et réactions cutanées, et dans le traitement des eczémateux. Le même ouvrage apporte des clartés sur les éruptions bulleuses, les dermatites polymorphes douloureuses, l'étiologie du pityriasis de Gibert, où M. Brocq expose sa conception séduisante de cette affection.

Je ne parlerai pas en détail des chapitres de technique : d'une utilité journalière, tels que le grattage méthodique dans les psoriasis, dont chaque jour, nous apprécions pour notre part la valeur indéniable, l'électrolyse, le cautère, les scarifications, les méthodes de choc en dermatologie.

Enfin je mentionnerai tout particulièrement le très important chapitre des parakératoses psoriasiformes eczématisées et des parakératoses psoriasiformes sèches.

Des illustrations comme M. Brocq en a le secret, se voient fréquemment ; par leur choix et leur netteté, elles parlent aux yeux.

De tels ouvrages sont des compagnons indispensables dans les recherches de chaque jour, on aime à s'y reporter souvent, comme on va à un conseiller, à un maître et à un ami et c'est bien le secret du charme qu'exerce l'œuvre de M. Brocq.

Dr Lortat-Jacob.

Pédagogie expérimentale, par le Dr Th. Simon. Un volume in-16 de la *Bibliothèque de pédagogie expérimentale*. Librairie Armand Colin, Paris, 1924.

J'ai entendu reprocher aux Français, au cours de mes séjours à l'étranger, de ne pas posséder de pédagogues proprement dits. Nous avons des psychologues, mais nous n'aurions pas de personnalités capables de créer des systèmes éducatifs. A ceux qui nous adressent ces critiques, je conseille de lire le beau volume du distingué président de la Société Binet : ils y verront ce qu'est la pédagogie expérimentale, et aussi ce qu'elle n'est pas. Pour beaucoup d'auteurs, cette science se confond avec la psychologie pédagogique ou avec des résultats d'expériences posées en termes pédagogiques. Pour le Dr Simon, c'est une étude systématique des réactions des élèves aux procédés d'enseignement.

(*Voir suite page* 1094).



© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des méningites syphilitiques [1],

Par MM.
E. SCHULMANN, Chef de clinique et E. TERRIS, Interne
à l'Hôpital Saint-Louis.

Le traitement des méningites syphilitiques est soumis aux deux principes suivants :

1° La prophylaxie de la syphilis nerveuse par le traitement immédiat et intensif de l'infection primaire ;

2° Le traitement proprement dit de la syphilis méningée.

I. La prophylaxie de la syphilis nerveuse.

La fréquence des accidents nerveux et en particulier des localisations méningées implique un traitement rapide de toute syphilis. Nous n'insistons pas sur cette partie de la thérapeutique qui relève surtout du traitement de la syphilis en général. Signalons cependant l'importance qu'il faut attacher, au cours de toute infection spécifique, à l'étude du liquide céphalo-rachidien. Cet examen peut fournir des indications précieuses pour la conduite du traitement des syphilis secondaires, et plus encore tertiaires et héréditaires, même pour des sujets chez qui un examen clinique complet ne révèle aucun signe d'irritation méningée ou de localisation nerveuse. Nous avons vu précédemment la fréquence des méningites frustes ou latentes constituant les véritables *centres de résistance* de la syphilis chronique. Mais cette prophylaxie relève du traitement classique de toute syphilis et ne doit être envisagée ici.

II. Le traitement proprement dit des méningites syphilitiques.

1° LA PERMÉABILITÉ MÉNINGÉE.

La valeur du traitement à indiquer est, dans une mesure importante, fonction de la perméabilité méningée, question qui revêt par conséquent ici une importance de premier plan. De nombreuses tentatives ont été réalisées pour essayer de transporter directement dans la cavité intra-rachidienne les divers médicaments destinés à combattre la vérole.

A L'ÉTAT NORMAL, il semble que cette perméabilité soit limitée à la seule région des plexus choroïdes, lieu probable d'élaboration du liquide céphalo-rachidien. Si les plexus choroïdes laissent filtrer les substances normales du sérum sanguin, principes fondamentaux constituant le liquide céphalo-rachidien, sous quelle influence pénètre-t-il des produits anormaux ?

Il semble que le filtre choroïdien soit, à l'état physiologique, assez imperméable aux substances étrangères : il est en effet impossible de retrouver la plupart des produits colorants injectés dans l'organisme par les différentes voies d'accès ; seul est admis le passage en quantité infinitésimale de certains produits chimiques très solubles : iodure de potassium, bromure, ferrocyanure, nitrate de potasse (Mestrezat). Le nombre de ces produits est très restreint et la quantité filtrable, si infime, qu'il est actuellement impossible de fixer un point de repère à cette perméabilité.

A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE : il est vraisemblable qu'à côté du foyer normal de sécrétion du liquide, il s'établit un courant sur toute la surface de la membrane arachnoïdienne et particulièrement aux points les plus vasculaires : le système basal du cerveau, le bulbe, les renflements cervical et dorsal. Ainsi au cours d'une réaction méningée inflammatoire il existe une perméabilité des membranes anormale, les recherches expérimentales ont porté sur trois groupes de substances.

α) *Les produits colorants* injectés par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intra-veineuse, ou encore par ingestion n'ont pu dans aucun cas être mis en évidence dans le liquide céphalo-rachidien.

β) *Les produits chimiques* utilisés peuvent être ou non spécifiques.

Parmi les *corps non thérapeutiques*, Mestrezat préfère le nitrate de potasse à la dose de 1 gr. par 30 kilog., le chiffre normal d'élimination serait de 13 milligrammes, tout poids supérieur pourrait être considéré comme pathologique. D'autres produits ont été expérimentés avec des résultats essentiellement variables.

C'est surtout la présence de *corps antispécifiques* qui a été étudiée et, sur ce sujet, les recherches ont été très nombreuses et très discutées. Pour certains thérapeutes, la présence d'une substance injectée ou ingérée dans le liquide revêt une importance capitale et constitue le fameux bain médicamenteux cérébro-méningé dont on a tant parlé. Malheureusement, des remèdes usuels utilisés chaque jour, un seul l'*iodure de potassium* est décelé de toute évidence dans le liquide rachidien encore qu'en quantité infime. Le *mercure* ingéré ou injecté n'a jamais été retrouvé, il en est de même de l'*arsenic* (Jeanselme et Chevallier) ; toutefois cependant des chimistes américains, utilisant une méthode plus sensible, auraient recueilli des quantités appréciables de ce produit (Fordyce, Swift et Ellis) : cette étude mériterait à coup sûr des vérifications. Le récent emploi favorable du *bismuth* a laissé espérer des résultats plus heureux en raison de sa très grande diffusion habituelle. La substance cérébrale, aux doses thérapeutiques utilisées, est capable de fixer le bismuth, Lemay et Jaloustre en ont trouvé dans le cerveau des paralytiques généraux traités une quantité trop élevée pour pouvoir être attribuée au peu de sang resté dans les centres nerveux. Une première série de recherches de Fournier et Guénot, Demelin, Dessert, tendaient à prouver que le bismuth pouvait passer dans le liquide rachidien ; des travaux récents, employant la méthode de Léger modifiée par Aubry ont permis à Jeanselme, Terris et Delalande d'affirmer l'absence de traces de bismuth rachidien après des traitements très prolongés. Sézary, Barbé et Pomaret, pour éviter même toutes causes d'erreur provenant d'une quantité trop faible du produit analysé ont réuni ensemble des quantités considérables de liquide pour arriver à la même négation, confirmée encore par la dernière note de Olmer, Arnoud et Massot.

Ainsi donc si une réserve très problématique peut encore être faite pour la perméabilité de l'arsenic, il semble que la question est tranchée pour les sels de bismuth qui, imprégnant les centres nerveux, peuvent agir directement sur les lésions nerveuses et méningées, sans passer dans le liquide céphalo-rachidien.

γ) *Les substances sanguines* : elles semblent pouvoir traduire plus logiquement dans leurs modifications les altérations de la perméabilité des méninges.

Hyperalbuminose : Toute quantité d'albumine supérieure à 0 gr. 30 trouvée dans le liquide est un soupçon de l'exagération de la perméabilité méningée. Celle-ci peut d'ailleurs être limitée, totale ou élective, portant soit sur l'ensemble des albumines du sérum, soit sur l'une d'entre elles, sérum, globuline ou plus rarement sur des albumines dégradées : albumoses, peptones, semblant peut-être indiquer dans ce cas une altération plus importante.

Dans une thèse récente, inspirée par Ravaut, Bocage conclue qu'on ne peut expliquer par une origine méningée toutes les hyperalbuminoses sans réactions cellulaires et qu'il en est de même des modifications qualificatives de l'albumine rachidiennes révélées par plusieurs réactions, mais que les procédés chimiques usuels sont impuissants à définir. Il y a vraisemblablement par inflammation, ou sclérose cérébrale des altérations qui déterminent le passage en quantité notable dans le liquide céphalo-rachidien de la lymphe chargée des produits de métabolisme et de la désintégration normale ou pathologique de la substance nerveuse.

Hyperglycorachie : Elle peut être d'origine locale et dans ce cas sans valeur aucune pour la perméabilité liquidienne ou bien générale et alors le dosage du sucre peut servir à un calcul du degré d'étanchéité.

(1) Voir le *Progrès Médical*, 1924, n° 18 (3 mai), n° 30 (16 juillet), n° 39 (27 septembre).

© BIU Santé

Récemment de nouvelles méthodes ont été proposées, d'un grand intérêt non seulement pathogénique et physiologique mais encore diagnostique et biologique. En cas de réactions méningées syphilitiques, on voit apparaître dans le liquide céphalo-rachidien les sensibilisatrices normales (anti-globules de mouton) (Weill et Kafka) et l'alexine (Zalozieski). Ces deux substances passent dans le liquide en quantité proportionnelle à celle de l'albumine présente. Ce principe expliquerait les cas de dissociation rencontrées si fréquemment au cours de la syphilis entre les réactions sérologiques positives dans le sérum et négatives dans le liquide céphalo-rachidien.

Bocage, appliquant la méthode des précipitines à l'étude des albumines rachidiennes pour mieux pénétrer leur constitution, trouve que dans près de la moitié des cas le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'albumines ayant les réactions de celles du sang. La présence de ces dernières semble la conséquence de la destruction des lymphocytes *in situ*, elle est sans relation avec le taux de l'hyperalbuminose totale ou l'existence des globulines. Toujours pour cet auteur les albumines rachidiennes ont presque toujours les caractères de précipitation des albumines du cerveau ; les exceptions sont surtout fréquentes quand il n'y a ni globulines ni grand excès d'albumine, ni forte lymphocytose. La réaction de Wassermann est toujours indépendante des caractères de l'albumine décelés par les précipitines.

Pour identifier ces albumines rachidiennes la méthode de la déviation du complément est des plus délicate à appliquer. D'après les premiers résultats de Bocage on trouve dans plus de la moitié des cas la présence d'une albumine d'origine nerveuse, ceci traduisant le passage dans le liquide céphalo-rachidien des produits hystoloytiques d'origine nerveuse.

Dujardin a proposé une méthode de mensuration basée sur le passage des anticorps dans le canal rachidien qui permettrait de calculer l'index de perméabilité méningée. L'augmentation de cet index peut notamment être provoquée par une irritation méningée au cours d'un traitement syphilitique par les arsénobenzènes. Le traitement, par voie intraveineuse, étant poursuivi à la faveur de l'irritation des méninges, la médication arsenicale diffuserait plus facilement dans la cavité arachnoïde

Dans le même esprit, d'autres suggestions ont été apportées. On a proposé l'injection intra-veineuse aussitôt après une rachicenthèse abondante de façon à bénéficier d'une hypotension liquidienne. Récemment, en Amérique, on a tenté de provoquer de même un déséquilibre de la tension en injectant avant le sel thérapeutique une solution hypertonique de glycose qui détermine le plus souvent un état de choc impressionnant. Nous avons personnellement recherché le bismuth après injection glycosée hypertonique sans résultat.

2° Les médications antisyphilitiques.

Il n'est pas, à l'heure actuelle, permis de dire qu'il y a un agent médicamenteux ayant une action élective sur la syphilis des méninges, aussi est-il habituel de faire des prescriptions éclectiques. Nous étudierons successivement les sels de mercure, de bismuth, les arsénobenzènes, l'iodure de potassium

Sels de mercure : les sels d'hydrargyre, jadis panacée pour tous les cas, sont encore prescrits, mais associés le plus habituellement aux arsénobenzènes. L'action comparative de l'arsenic et du mercure, essayée jadis par Jeanselme et Chevallier sur les méningopathies secondaires, s'est montrée nettement favorable aux arsénobenzènes, l'effet est évident et rapide sur les méningites frustes, latentes ou aiguës, plus lent sur les formes chroniques qui finissent cependant presque toujours par rétrocéder. Dans les états plus tardifs : méningo-radiculites (tabes), méningo-encéphalite (P.G.), l'action du mercure, comme celle des autres produits, est très problématique, tant sur le syndrome clinique que sur la formule cytologique ou sérologique du liquide

Le Pr Jeanselme fait toutefois grand cas du *calomel*, qui n'offre que l'ennui réel d'être très douloureux ; injecté dans le muscle, il semble que ce soit, dans les cas héroïques, la préparation hydrargyrique la plus ative de beaucoup. Dans le tabès — où le remède est quelquefois bien supporté en raison de la diminution de sensibilité des malades — le maître de Saint-Louis a obtenu d'heureux résultats.

Sels de bismuth : nouveaux venus les sels bismuthiques semblent jouir actuellement d'un grand crédit, tout particulièrement les hydroxydes de bismuth et les quinio et iodo-bismuthates. Sans qu'on puisse dire qu'ils aient une affinité spéciale pour le système nerveux en général et le système méningé en particulier, on admet qu'ils réussissent très bien dans la thérapeutique de la syphilis nerveuse. Ils permettent habituellement d'éviter les neuro-récidives et la bismuthorésistance est tout à fait exceptionnelle. Dans une thèse récente, inspirée par Lortat-Jacob, Degisors a étudié le *liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse traitée par le bismuth*. Les piqûres font diminuer rapidement l'albumine puis la lymphocytose, la réaction de Wassermann est beaucoup moins vite modifiée. Dans un cas d'Emery et Morin, la lymphocytose est passée de 120 à 4 éléments après 12 piqûres de 0 gr. 20 d'hydroxyde bismuthique. Pour les méningo-radiculites l'iodo-bismuthate de quinine a paru indiqué à Lortat-Jacob, la molécule de quinine agissant très probablement comme analgésique.

Iodure de potassium : Il ne semble guère agir activement sur les lésions aiguës spécifiques mais surtout sur le système vasculaire : il est parfois souverain contre certaines crises de céphalée. Il ne peut guère intervenir que comme médicament de soutien. On devra pour obtenir une action utile donner d'assez fortes doses : le sel de potassium semble de beaucoup le plus actif des iodures et on pourra de préférence s'adresser à des produits chimiquement purs. Si le malade supporte mal l'iodure de potassium, on prescrira des iodo-albuminates.

Corps arsenicaux : de nombreux corps ont été proposés depuis les travaux mémorables d'Ehrlich, les arsénobenzènes demeurent au premier plan et ce n'est qu'en cas d'impossibilité de recourir à eux qu'on pensera à d'autres formules : hectine, sulfarsénol, éparséno. Nous n'avons pas possibilité de discourir sur la valeur inégale de ces différents remèdes. Le novarsénobenzol, le plus communément employé (encore que l'ancien arsénobenzol apparaisse plus actif à Jeanselme et Queyrat qui n'y renoncent qu'à cause de son emploi trop compliqué), doit être donné à doses progressives et à courts intervalles ; on pourra encore, en suivant les indications de Sicard, injecter des doses faibles mais très rapprochées les unes des autres. L'important est d'injecter un poids total important, variable, selon la corpulence et la taille des sujets mais toujours supérieur à 5 grammes chez un adulte de poids moyen.

Les Allemands utilisent une variante du 914, le silbersalvarsan : qui paraît avoir une activité plus grande.

Le stovarsol, arsenic pentavalent, jouit actuellement d'un certain crédit. Sézary et Barbé ont obtenus en l'injectant par voie intra-veineuse des résultats encourageants dans le traitement de la paralysie générale.

Il semble en tous les cas que les arsénobenzènes constituent le groupe médicamenteux le plus actif que nous ayons pour combattre les épisodes méningés, surtout à leur début, et la fréquence avec laquelle on observe la présence d'une réaction d'Herxheimer dans ces cas est un argument d'une valeur capitale.

Tout récemment, on a proposé pour traiter la neuro-syphilis un nouvel agent : *la tryparsamide* (sel de soude de l'acide phénylglycinamidarsinique) en raison de son affinité particulière pour les tissus du système nerveux central. De nombreux travaux américains ont été consacrés à cette étude et c'est dans le groupe méningo-vasculaire que Moore, Robinson et Lyman ont enregistré les résultats les plus encourageants. Le tabes et la paralysie générale semblent heureusement influencés. Les injections sont pratiquées dans les veines à la dose de 3 gr. dissous dans 10 cmc. d'eau distillée, elles sont répétées à 8 jours d'intervalle pendant 8 semaines. Il y a avantage à associer à ces prescriptions des injections intra-musculaire de salicylate de mercure, à la dose de 0 gr. 06, 3 jours avant l'injection de tryparsamide.

La tryparsamide n'a qu'une très faible efficacité thérapeutique dans toutes les formes autres que la neuro-syphilis, la réaction de Wassermann du sang reste non modifiée et il

© BIU Santé

peut y avoir d'importants troubles visuels qui rendent son utilisation très ennuyeuse.

3° Les voies d'introduction médicamenteuse.

a) Les voies habituelles.

Nous ne ferons que signaler les moyens classiques actuellement utilisés dans le traitement de toute syphilis, méningée ou non.

1) *Voie digestive* : buccale ou rectale ;
2) *Voie cutanée* par frictions mercurielles ;
3) *Voie intra-musculaire* qui assure une bonne continuité à l'imprégnation de l'organisme surtout lorsqu'on use des sels insolubles ;
4) *Voie intra-veineuse*, mode d'introduction le plus rapide et aussi le plus efficace quand on désire frapper vite.

b) Les voies directes.

1) *Voie intrarachidienne.*

Devant les multiples échecs thérapeutiques en face de certaines méningo-encéphalites (P.G. en particulier) l'idée est tout d'abord naturellement venue de porter directement dans la cavité arachnoïdienne les divers médicaments antispécifiques prescrits, puis de provoquer une réaction méningée pour rendre des méninges plus perméables. Les premiers essais thérapeutiques de ce genre ont été tentés par Sicard : en 1903, il injecta 1 à 2 mmgr. de biiodure de mercure dans le sac lombaire. Depuis cette époque on a souvent préconisé l'emploi du mercure par la voie intra-rachidienne, mercure colloïdal (Claisse et Joltrain, Œttinger et Hamel), cyanure de mercure (Sicard), sublimé à la dose de 0 gr. 0015 à 0 gr. 005 (Byrne, Rodriguez). Des résultats heureux furent signalés, mais malheureusement passagers. Depuis lors, après l'apparition de la nouvelle médication arsenicale, des essais ont été tentés avec ce médicament. Corcea et Mendez injectent pour la première fois 10 cmc. d'une solution au millième d'atoxyl dans le canal rachidien, essai tenté chez des malades atteints de la maladie du sommeil. La présence de l'arsenic directement dans le canal rachidien provoque toujours une réaction méningée très violente parfois alarmante. Marinesco, puis Swift et Eilis, Ogilvie, ont eu recours à une nouvelle méthode indirecte. Après injection au même malade ou à un autre sujet d'une dose de salvarsan, on prélève par ponction de la veine 40 cmc. de sang une heure après l'injection, 12 cmc. de sérum prélevé sont additionnés à 8 cmc. de sérum physiologique puis porté à 36° et injectés ensuite dans la cavité arachnoïdienne. Les injections peuvent être alors répétées à intervalles rapprochés ; les différents sels arsenicaux ont été ainsi employés. Suivant certains auteurs (Marinesco, Lafora, Collas), ce mode de traitement par les injections de sérum salvarsanisé *in vivo* ou *in vitro*, aurait une action très rapide sur la réaction de Wassermann et sur les modifications du liquide céphalo-rachidien.

Un procédé plus simple préconisé en France par Tzanck et Marcorelles consiste à prélever une certaine quantité de sérum du malade et à y faire dissoudre 3 à 6 mmgr. de néo-salvarsan. Jeanselme, Sicard ont injecté ainsi directement des doses de néosalvarsan de 5 mmg. et 3 centigrammes.

Ravaut utilise une solution concentrée à 6 pour 100 dans l'eau distillée, une goutte contenant 3 mmgr. : il injecte de 1 à 4 gouttes dans la cavité arachnoïdienne et fait une série de 4 à 6 injections, à 8 jours d'intervalle, après chaque injection le malade est placé dans la position de Trendelenburg. Gennerich-Schreiner conseillent d'injecter dans le canal rachidien 0 mm. 5 à 1 mmgr. 5 de salvarsan, après avoir retiré jusqu'à 70 cmc. de liquide : les résultats sont très inconstants.

Dans quelles conditions les injections par voie directe intrarachidienne sont-elles recommandables ? Quelques auteurs allemands et américains ont prétendu que l'on pourrait y avoir utilement recours dès le début de toute syphilis pure ou associée à une lésion nerveuse. C'est là un avis d'exception et les tentatives dans ce sens ont été abandonnées. Bien que l'action des médicaments par cette voie apparaisse très favorable sur les modifications du liquide céphalo-rachidien, les nombreux accidents mortels signalés par différents thérapeutes la font écarter et il n'y aurait vraiment lieu d'y songer que dans des cas extrêmement rares où tous les moyens habituels ont échoué.

2) *Voie intracarotidienne* : elle a été récemment proposée en Amérique : à l'aide d'une aiguille très fine on lance une solution arsénobenzolique directement dans la carotide.

3) *Voie intraventriculaire* : elle a été appliquée au nourrisson en France, à l'adulte aux Etats-Unis, par Knapp. Chez les nourrissons la technique est extrêmement simple, mais chez l'adulte il y a lieu de pratiquer une véritable intervention. Le chirurgien opère une petite trépanation circulaire de 0 cm. 5 de diamètre, en face du bregma, à 1 centimètre à droite de la ligne médiane ; cela fait il incise la dure-mère en un point qu'il choisit dépourvu de vaisseaux corticaux, il introduit alors une canule à pointe émoussée, de haut en bas, à 6 ou 7 centimètres de profondeur, pour arriver au ventricule latéral. On retire de dix à vingt centimètres cubes de liquide céphalo-raichidien et on injecte très lentement une quantité égale de sérum avec 6 à 8 milligrammes de néoarsénobenzol ou d'un autre corps arsenical. Après la première intervention on referme, comme s'il s'était agi d'une trépanation de la dure-mère ; les injections suivantes sont pratiquées directement au point trépané sous anesthésie locale.

Cette méthode a pu donner quelques résultats dans des cas graves de syphilis cérébrale ou cérébro-méningée, de parésie tabétique, de paralysie générale, mais il va de soi que c'est actuellement une thérapeutique absolument d'exception.

Procédés permettant une action plus active des médicaments.

Les physiothérapeutes estiment qu'un pas considérable serait fait s'il était possible de rendre la cellule nerveuse plus réceptrice vis-à-vis d'un médicament circulant dans le sang, s'il était possible de la préparer, en quelque sorte de la mordancer.

Brunho et Dittrich ont songé à un premier procédé : créer un choc cinq heures avant l'injection intraveineuse de novarsénobenzol par l'introduction dans l'économie de 100 centimètres cubes d'une solution hypertonique de chlorure de sodium à 10 p. 1000 ou de glycose d'une concentration analogue, qui provoqueront un exode du liquide céphalo-rachidien, suivi d'un afflux en sens contraire, favorisant le passage du médicaments vers les centres nerveux. Les résultats obtenus sont contradictoires et la méthode ne semble guère supérieure aux techniques classiques. Cependant Sicard et Haguenau en ce qui concerne la paralysie générale estiment que les médications novarsénicale sou bismuthées associées aux agents pyrétogènes (nucléinate de soude à la dose de 0 g. 10 à 0 gr. 20, collobiase d'or, propidon, choc hémoclasique sérique) sont parmi les plus recommandables pour fixer dans la mesure du possible son processus évolutif. Sézary et Barbé n'ont par contre obtenu aucun résultat appréciable.

Plus intéressantes sont les tentatives d'adaptation de la cellule nerveuse à un arrêt, une diffusion ou une fixation plus ou moins élective d'un médicament injecté par voie sanguine. Sicard, ici encore un précurseur, administre de l'arsénobenzène à des paralytiques généraux après anesthésie au chloroforme : il note une stabilisation de l'affection et un éclaircissement remarquable du liquide. Cestan et Riser obtiennent, semble-t-il, des succès en faisant précéder chaque piqûre de 606, chez une malade réfractaire, par l'injection de 0 gr. 03 de morphine une demi-heure avant ; chez un autre sujet, ils ont essayé, heureusement aussi, comme mordant, le somnifène, qui est plus maniable que la morphine et plus neurotrope.

Il y a là un problème thérapeutique du plus haut intérêt : multiplier la puissance d'action d'un médicament par voie sanguine en agissant sur le terrain qui doit être attaqué.

4° Etude critique des médications antisyphilitiques

Le mode d'emploi des différents médicaments que nous avons étudiés diffère selon le type de la réaction méningée à laquelle on a affaire et sa période d'évolution. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons préconisé : les arsénobenzènes comme arme d'attaque, le bismuth et le mercure comme

© BIU Santé

pierre de soutien. Dans certaines méningites aiguës, surtout dans les méningo-myélites, il est nécessaire d'associer les divers médicaments, suivant par exemple la formule d'Hudelo : arsenic-bismuth et mercure-iodure de potassium.

Au cours des méningites chroniques l'arsenic est utile, mais il n'a plus le caractère d'indispensabilité que nous lui avons attribué pour les épisodes aigus, il ne faudra jamais oublier ici de donner dans les périodes intercalaires des piqûres des doses importantes d'iodure de potassium, si actif dans bien des cas, sur la pénible céphalée nocturne des syphilitiques.

L'action du traitement de toute réaction méningée peut être appréciée par l'étude des modifications du liquide céphalo-rachidien et par la recherche de la réaction de Wassermann sanguin et liquidienne.

α) *Action du traitement sur le liquide céphalo-rachidien.*

L'action médicamenteuse sur les diverses modifications possibles physiques, chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien est très variable.

Le traitement semble n'avoir guère d'influence directe sur la tension liquidienne, qui est fonction de l'état d'irritation méningée. L'excès de pression, sans doute constant, est d'intensité variable, et il est difficile d'en tenir grand compte dans l'évaluation de l'action thérapeutique des divers corps. Le bismuth semblerait avoir une action hyperexcitante, et amener très fréquemment une augmentation de la tension intra-rachidienne (Terris).

L'*hyperalbuminose* est susceptible de modifications mais celles-ci sont toujours très lentes : l'arsenic semble plus actif que le bismuth et surtout que le mercure. Il faut souvent une thérapeutique très prolongée pour enregistrer une variation notable. L'intérêt de la chute progressive de l'hyperalbuminose est particulièrement précieuse si l'on admet la réalité de l'hypothèse de Zalozieski, qui voit une relation proportionnelle entre l'hyperalbuminose et la présence des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien.

Bocage, qui, sous la direction de Ravaut, a fort bien étudié les albumines rachidiennes d'origine parenchymateuse, insiste sur la persistance parfois invétérée des hyperalbuminoses que n'accompagne aucun autre signe clinique, ni réaction, cicatrice souvent sans danger, mais forme normale de réaction méningée latente à partir de la dixième année de la maladie. Il peut s'agir ainsi que nous l'avons dit d'une hyperalbuminose résiduelle sur laquelle aucun traitement ne sera efficace.

Beaucoup plus sensible à l'action médicamenteuse est la *réaction cytologique*. Ici encore les arsénobenzènes et les sels de bismuth semblent prendre le pas sur les sels mercuriels et surtout sur l'iodure de potassium qui, seul en scène, est bien peu agissant à ce point de vue. Au cours des méningites aiguës la polynucléose est très rapidement influencée, la lymphocytose diminue de manière sensible, mais cependant persiste, parfois durant de longues semaines. Milian estime que celle-ci implique toujours une altération des méninges, qu'elle a un rôle pronostique et qu'il est nécessaire de poursuivre le traitement jusqu'à disparition de ce témoin de la réaction syphilitique. Cependant un certain degré de leucocytose peut résister à tous les efforts, leucocytose résiduelle de Sicard, témoin ultime et incurable de la lésion méningée, qui peut ne traduire qu'un reliquat cicatriciel d'une lésion éteinte.

Il est difficile d'apprécier les actions parallèles de l'arsénobenzol et du bismuth. Jeanselme préconise le traitement mixte, le premier servant de traitement de base, le second de traitement d'entretien. Il demeure indéniable que ces deux médicaments ont une action évidente sur la transformation progressive de la formule lymphocytaire qui, dans certaines observations, est avec la réaction de Wassermann le seul témoin d'une réaction méningée syphilitique fruste ou latente.

6) Les modifications de *la réaction de Wassermann* sous les diverses influences thérapeutiques ont fait l'objet de travaux extrêmement nombreux. Il semble qu'ici encore l'évolution sérologique puisse être encore un mode d'appréciation de l'action médicamenteuse. Le mercure apparaît ici encore moins actif, même donné à doses élevées, que le bismuth et l'arsenic. La réaction de Wassermann paraît facilrment modifiable au cours des épisodes aigus du secondarisme, mais dans les formes chroniques la résistance sérologique peut être très grande et nécessiter pour être vaincue des efforts thérapeutiques considérables. Peut être le bismuth l'emporterait-il ici, comme vigueur modificatrice, sur l'arsenic ; en fait on utilisera encore le traitement mixte et on arrivera avec de la persévérance à réduire la réaction à H⁴ même des tabétiques ; seuls, les paralytiques généraux d'habitude conservant indéfiniment une réponse positive.

Il est classique de trouver chez les syphilitiques à la période secondaire qui accusent une réaction méningée une réaction de Wassermann à la fois positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'action thérapeutique évolue avec parallélisme mais est plus active sur la réponse artérielle. Par contre, au cours des épisodes méningés chroniques, il existe souvent un déséquilibre contre la réaction de déviation sanguine et liquidienne, un tube donnant une réponse affirmative et l'autre une réponse négative. L'effort curatif est ici lent et pénible, la disparition progressive d'une réaction affirmative peut demander plusieurs semaines d'un traitement sévère, la résistance tirant vraisemblablement son explication de l'état de perméabilité des méninges.

D'après Sicard, il est possible de faire une sorte de *dosage de l'infection syphilitique* par l'examen comparatif des réactions de Wassermann sanguines et liquidiennes. Avant le traitement la virulence est forte si les deux réponses sont positives, moyenne si la réponse est positive dans le liquide et négative dans le sang. Après le traitement la virulence est dite très forte si la réaction demeure positive dans les deux liquides, moyenne si elle est seulement positive dans le liquide. Le retour dans le sens affirmatif d'une réaction de sens négatif après traitement est l'indice d'une grande virulence du tréponème.

Le traitement exerce une action sensiblement identique sur les *autres réactions biologiques* du liquide céphalo-rachidien. Sur la réaction de l'or colloïdal de Lange ou du benjoin colloïdal la thérapeutique antisyphilitique a une influence certaine. Sous son action, on voit progressivement la formule se transformer et bientôt se substituer une formule normale. Cette modification est moins rapide que celle de la réaction de Wassermann, aussi voit-on souvent l'épreuve de benjoin colloïdal être longtemps positive alors que la réaction du Wassermann est devenue complètement négative. Il n'y a aucun parallélisme entre les deux réactions. Celle du benjoin colloïdal présente une certaine valeur pronostique, car son intensité semble correspondre souvent à l'acuité du processus pathologique, sa résistance au traitement, même intensif, à la gravité, à la profondeur des lésions, et enfin son atténuation à une amélioration simultanée de la maladie (Bauer).

5° Les accidents et les incidents thérapeutiques.

Nous avons déjà étudié les réactions méningées au cours du traitement spécifique, nous ne nous répéterons pas, nous ne dirons que la conduite à tenir en face de divers accidents.

La *réaction de Herxheimer*, surtout rencontrée au cours de l'arsénothérapie est, semble-t-il, une preuve de l'efficacité des arsénobenzènes. L'attitude thérapeutique est parfois très délicate : si les accidents sont peu intenses il est bon de poursuivre aussitôt le traitement progressif, sans se laisser arrêter, tout rentre dans l'ordre par la suite. Si les symptômes observés sont impressionnants : céphalée extrême, rachialgie, bourdonnements d'oreille, raideur de la nuque, phénomènes parétiques et même paralytiques, il est difficile de ne pas marquer un temps d'expectative. On pourra prescrire alors avec bonheur des injections d'adrénaline — sans que d'ailleurs on puisse expliquer au juste le mécanisme de cette activité — soit par voie sous-cutanée, soit même par voie intra-veineuse, en usant du procédé de la rinçure de Milian. Nous pensons par ailleurs qu'il y a lieu de ne pas interrompre radicalement la médication spécifique, mais, si l'on continue les arsénobenzènes, de diminuer de moitié ou du tiers la dose injectée, quitte à répéter les piqûres plus souvent, soit à faire appel d'emblée à un autre agent médicamenteux bismuthique ou mercuriel.

Il est bon de savoir la variabilité très grande de la réaction de Herxheimer, qui peut, chez un malade atteint de ménin-

© BIU Santé

gite, non seulement aggraver la formule du liquide céphalo-rachidien, mais encore faire apparaître tout un cortège symptomatique insolite : ictère, éruptions cutanées, etc.

Du fait d'un traitement écourté, interrompu ou insuffisant on peut voir éclater des accidents nerveux, dits de *neuro-récidive* ou *méningo-récidive*. Existe-t-il une recrudescence de l'infection spécifique du fait d'un traitement insuffisant ou d'une exacerbation de l'activité tréponémique ? Les arsénobenzènes provoquent-ils au bout d'un temps donné une sensibilisation du système nerveux qui détermine un point d'appel pour les parasites. Ravaut et Roch écrivent qu'il y a une sorte de balancement entre les localisations ectodermiques du spirochète : localisations nerveuses et localisations tégumentaires. Ces dernières contribueraient à créer un état d'immunité générale peu favorable à de graves extensions internes. En améliorant le malade sans le guérir, le traitement — toujours par les arsénobenzènes — arrête le développement de l'immunité naturelle et favorise les poussées méningées et nerveuses.

Il n'est pas rare, par ailleurs, de voir, au cours d'une méningite, surtout dans les formes subaiguës, les différents symptômes persister malgré l'énergie de la cure. En face de cas semblables, où il y a *neuro ou méningo-résistance* à un médicament donné, il n'est qu'une règle : changer l'arme choisie et passer à un autre produit. Actuellement l'arsénorésistance, la bismutho-résistance, l'hydrargyro-résistance sont bien connues et Sicard a dit spirituellement qu'il faut être opportuniste dans le traitement de la syphilis nerveuse et méningée. Il semble cependant que le bismuth soit plus rarement en échec que le mercure et même que l'arsenic dans le traitement des méningites syphilitiques, c'est là une impression à laquelle le recul du temps pourra apporter confirmation.

Nous ne reparlerons pas des *réactions méningées par intolérance médicamenteuse* étudiées plus haut, qu'il est essentiel de séparer des réactions de Herxheimer sous peine d'aboutir à des catastrophes.

Traitement de la syphilis méningée chez l'enfant.

Les réactions méningées sont très fréquentes chez le nourrisson et chez l'enfant ; souvent englobées sous le nom générique de convulsions, elles ne sont pas identifiées et partant non traitées.

On peut avoir recours aux frictions mercurielles, aux injections de liqueur de Van Swieten, au traitement bismuthique ou arsenical. Les injections peuvent être faites dans les veines jugulaire externe, temporale ou longitudinale supérieure chez les nourrissons. Les vaisseaux brachiaux apparaissent chez l'enfant de 4 à 5 ans. On peut encore utiliser les voies intra-musculaires ou digestives : buccale ou rectale. Les améliorations sont très rapides et très complètes chez les jeunes sujets ou cours des épisodes aigus, l'action du traitement est beaucoup moins nette au cours des méningites chroniques.

En résumé, au cours de toute méningopathie syphilitique, un traitement énergique est de toute urgence en raison du pronostic sévère que ces réactions méningées laissent envisager. S'il n'existe aucune règle absolue dans la thérapeutique de la syphilis en général, il existe encore moins de préceptes définitifs pour le traitement des épisodes méningés. Ce qui est capital c'est un contrôle régulier et systématique du sang et surtout du liquide céphalo-rachidien, tant au point de vue cytologique que sérologique.

La conduite à tenir sera dictée par toutes les considérations que nous avons données chemin faisant et par la nature même des lésions méningées : doses massives dans le traitement d'assaut, surtout si le début est déjà compliqué d'une réaction méningée et sérologique nette. Contre les épisodes méningés subaigus et chroniques il faudra surtout ne pas perdre la notion de continuité et on ne négligera pas les injections intra-musculaires qui permettent une action plus prolongée et une absorption plus lente.

L'action thérapeutique devra être très prolongée et son résultat suivi pas à pas par l'étude de la baisse progressive de l'albumine et de la lymphocytose rachidienne, la négativité de la réaction de Wassermann sanguine et rachidienne, de la réaction du benjoin colloïdal. On pourra même faire parfois appel à des preuves de contrôle considérées comme plus sensibles (réaction de Hecht, utilisation de l'antigène de Desmoulières), tenter la réactivation de la réaction de Wassermann d'année en année pendant 3 à 4 ans après la première réponse négative, puis tous les deux ans jusqu'à la huitième année. Seulement alors, avec une certaine assurance on pourra tenir pour définitif l'amélioration d'un épisode méningé.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-ANTOINE

Kystes du pancréas,

Par M. le Professeur **A. CHAUFFARD** (1).

Malgré les renseignements précieux que nous fournissent la clinique et la radiologie, la pathologie abdominale, très complexe, nous réserve parfois bien des difficultés. Le kyste du pancréas est une de ces affections à diagnostic délicat prêtant assez souvent à des erreurs de diagnostic.

Il y a *deux variétés* de kystes du pancréas : l'une rare le *kyste glandulaire*, adénome kystique du pancréas ou épithéliome kystique, c'est le kyste vrai de nature néoplasique. Nous n'envisagerons ici que la deuxième catégorie, forme plus commune, les *pseudo-kystes du pancréas*.

La *lésion se constitue en trois étapes* : il y a d'abord lésion glandulaire, *pancréatite douloureuse*, souvent très douloureuse, ayant pour résultat la nécrose d'une certaine étendue du parenchyme, soit de la tête, soit du corps ou de la queue du pancréas. A cette phase inflammatoire et nécrotique qui ouvre les canaux d'excrétion succède une deuxième étape : le liquide pancréatique se répand au contact de la glande, constitue une *collection liquide*.

Celle-ci par ses ferments, dans la troisième période, provoque une réaction inflammatoire conjonctive des tissus qui l'environnent et aboutit à l'*enkystement* par la formation d'une capsule fibreuse sans épithélium de revêtement. Ainsi se trouve constituée une tumeur liquide plus ou moins volumineuse, le *pseudokyste du pancréas*.

Pour comprendre son évolution ultérieure, la façon dont il va se développer, il faut ajouter à ces notions simples de *physiopathologie* quelques *renseignements anatomiques*. La situation du pancréas dans l'abdomen est profonde. Il est retro-péritonéal, couché en travers, en avant du rachis flanqué des masses musculaires du carré des lombes qui masquent les dernières côtes. Toute collection pancréatique trouvera en arrière une barrière solide, infranchissable, et évoluant dans le sens de la moindre résistance se développera en avant. En avant se trouvent l'arrière-cavité des épiploons et, superposés de haut en bas : le foie, l'estomac et le côlon transverse, reliés les uns aux autres par deux feuillets péritonéaux qui constituent autant de ligaments ou mésos ; épiploon gastro-hépatique, épiploon gastrocolique, méso-côlon transverse.

Le kyste dans son évolution antérieure forcée dissociera les organes placés en avant du pancréas, et en se glissant entre eux se coiffera du repli péritonéal qui les unit.

Nous pouvons distinguer ainsi trois directions, *trois étages* où pourra se faire l'affleurement à la paroi : l'*émer-*

(1) Leçon recueillie et rédigée par le Dr Robert Clément, chef de clinique médicale.

© BIU Santé

gence haute se fera entre le foie et l'estomac, l'émergence *moyenne* ; entre l'estomac et le côlon ; enfin dans une évolution *basse*, le kyste apparaîtra sous le côlon transverse.

Les rapports anatomiques des organes avec le kyste étant ainsi variables, les signes physiques et les aspects radiologiques seront différents suivant la variété d'émergence du kyste.

Dans le cas que nous rapportons, l'émergence était médiane entre l'estomac et le côlon. Cet homme de 38 ans nous raconta qu'il présentait depuis 4 mois, une tumeur très volumineuse de l'abdomen qui s'est développée insidieusement. C'est depuis peu qu'il présente quelques douleurs, de la pesanteur, des tiraillements. Il a maigri de 4 kg., n'a jamais eu de fièvre.

A son histoire, il manque donc toute *notion étiologique* : on ne retrouve chez lui, ni le traumatisme, si fréquent, ni la cholélithiase. Il n'a pas présenté non plus la phase douloureuse initiale classique, la *douleur* profonde, atroce, *pancréatico-solaire*, et les sensations qu'il nous décrit semblent surtout dues au volume de la tumeur et à la gêne mécanique qu'elle engendre pour l'estomac.

L'examen nous montra une tuméfaction très volumineuse qui s'étendait de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, globuleuse, de courbe régulière ; elle paraissait faire saillie surtout un peu à gauche de la ligne médiane. Elle était ferme, rénitente, tendue, donnant bien la sensation d'une collection kystique sous haute tension. Pas de zone sonore au dessus, ni au devant (ce qui aurait été pour nous d'un grand intérêt diagnostique) ; aucun sillon superficiel, à la palpation, entre le foie et la tumeur pancréatique, rien qui donne la sensation d'un rebord hépatique. On conçoit d'ailleurs qu'une grosse tumeur du lobe gauche puisse supprimer la perception du rebord hépatique et nous ne pouvions voir là un signe pathognomonique. La main posée à plat sur la tumeur percevait une sensation de pulsation, sans aucune expansion, simple transmission de l'ondée systolique aortique par la collection liquide. Si l'on mettait le sujet debout de profil, une main sur la tumeur et l'autre en arrière sur la paroi thoracique droite, on percevait très nettement un flot vibratoire transmis de la main antérieure à la postérieure, rappelant le flot trans-thoracique décrit autrefois par nous dans les grands kystes hydatiques du foie, sauf qu'il était peut-être un peu plus menu, un peu plus vibratoire. Aussi le diagnostic clinique porté fut celui de gros kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Le *laboratoire* ne nous apporta pas la confirmation de ce diagnostic : l'éosinophilie sanguine était insignifiante (2 1/2 %) ; nous ne pûmes avoir une réaction de déviation du complément de Weinberg ; l'épreuve de Casoni, l'intra-dermo-réaction à l'antigène hydatique nous donna une réaction érythémateuse légère qui disparut rapidement : donc un résultat négatif ou très douteux.

L'*examen radiologique*, par contre, donna des renseignements des plus intéressants. Dans une vue frontale, on apercevait un gros foie, à diamètre vertical allongé, et au niveau du lobe gauche, une image plus opaque globuleuse arrondie, non différenciée du parenchyme hépatique — l'estomac rempli de bouillie barytée était refoulé en haut sous le diaphragme et de cette poche gastrique supérieure une partie effilée, étirée, allait rejoindre le duodénum en passant *au-dessus de la tumeur* et à droite.

La coupole diaphragmatique droite enfin était surélevée, mais non déformée, comme si, le foie basculé, elle était soulevée par le lobe droit. En position transversale on voyait mieux encore une grosse masse qui relevait l'estomac et s'en coiffant lui donnait un aspect étiré, aplati. Cette image n'était pas compatible avec un kyste du lobe gauche du foie, elle conduisit au diagnostic de kyste du pancréas. L'image radiologique n'est pas toujours aussi caractéristique, ainsi que nous le verrons, enfin l'insufflation du côlon aurait montré la masse colique sous la tumeur. C'est donc à la quasi probabilité d'un kyste du pancréas que nous arrivions à conclure.

Les *signes physiques* fournis par la palpation et la percussion sont d'une interprétation difficile surtout lorsque, comme dans notre cas, la tumeur est vue tardivement, déjà très volumineuse et envahissant tout l'étage susombilical de l'abdomen, aucun n'est pathognomonique, soit du kyste du pancréas, soit du kyste du lobe gauche du foie. Nous avions cru le *flot transthoracique* caractéristique des collections hydatiques du foie, il nous a bien fallu reconnaître que non.

Dans le kyste du pancréas on a souvent un soulèvement systolique vibratoire et, si on ausculte, un souffle systolique profond dans toute la tumeur dû à la compression aortique par le kyste. Ce signe n'est pas pathognomonique non plus, nous l'avons vu dans un très beau kyste du lobe gauche.

On comprend alors la similitude qu'offrent les gros kystes du lobe gauche du foie et du pancréas et le peu de signes différentiels dont nous disposons. Il faut chercher avec soin le bord inférieur du foie ou un sillon de séparation entre le foie et la tumeur. Ce n'est pas toujours facile, nous n'y avons pas réussi chez notre malade.

Les *signes biologiques* ont une certaine valeur pour le diagnostic de la nature hydatique du kyste, mais ils peuvent manquer ou être douteux.

La *radiologie*, ici, nous a seule renseignés, mais elle aussi peut être douteuse ou d'interprétation délicate. Bérard et Cade donnent une image radiologique du kyste pancréatique qu'ils disent caractéristique. C'est une déformation très *arrondie*, concave en croissant, de la petite courbure de l'estomac qui entoure la tumeur. Un kyste hydatique du lobe gauche hépatique peut donner une image tout à fait analogue, comme nous le montre un orthodiagramme d'un kyste du foie authentique. Seule *l'image du refoulement en haut de l'estomac* est vraiment caractéristique du kyste du pancréas.

L'opération de notre sujet confirma le diagnostic. Pour arriver sur le kyste, on effondra l'épiploon gastro-colique et l'on tomba sur une vaste poche superficielle contenant au moins 2 litres d'un liquide brunâtre. On aurait pu se contenter de vider la poche et de la marsupialiser. On eut la tentation d'enlever le kyste en totalité, on tomba sur le pancréas, une hémorragie sérieuse compliqua l'opération qui dura une heure et demie, le malade mourut peu après.

Nous avons fait la vérification de la nature du liquide retiré par la recherche des ferments pancréatiques, selon l'élégante méthode préconisée par Carnot et Mauban, pour leur dosage dans le liquide pancréatique retiré par tubage duodénal. On dépose des gouttes de dilutions, croissantes en proportion géométrique, du liquide sur trois milieux : l'un d'eux à base de gélatine, montre l'activité digestive de la protéase ; l'autre, composé de corps gras, l'action de la lipase ; une gélose amidonnée sert enfin de réactif pour l'amylase. Cette dernière épreuve est la plus typique car les ferments protéolytiques et amylolytiques des leucocytes peuvent à la rigueur être des causes d'erreur dans les deux premières. Nous avons retrouvé *dans le liquide kystique les trois ferments*, leur activité étant un peu inférieure à celle d'un liquide pancréatique normal.

© BIU Santé

De ces trois ferments, celui qui joue le plus grand rôle aussi bien dans la formation du kyste pancréatique que dans son évolution après l'opération, c'est le ferment protéolytique, car il détruit les tissus au contact desquels il se trouve. En cas de marsupialisation, la *fistule donne un liquide irritant*, rongeant, qui digère l'orifice de la plaie si l'on n'a pas soin de la préserver par un corps gras.

Ces kystes *guérissent le plus souvent* à la suite de l'intervention chirurgicale. Dénéchau compte 23 guérisons sur 26 cas.

D'autres risques menacent ces malades et doivent pousser à une opération précoce. Parmi ceux-ci la plus grave est la *déhiscence*, la rupture intra-abdominale. C'est une éventualité rare heureusement.

Un homme de 51 ans, vigoureux, nous fut envoyé par le Dr Récamier. Dans ses antécédents, entre autres choses, on relevait un chancre. Il avait été pris brusquement, le 28 novembre 1912, de douleurs gastriques violentes qui durèrent 10 jours avec vomissements bilieux, urines colorées, sans fièvre. Après une accalmie de 5 à 6 jours, ces douleurs reprennent atroces, survenant vers 4 heures de l'après-midi, elles vont en augmentant jusqu'en janvier 1913, toujours sans fièvre, sans ictère, sans décoloration des matières. Nous le voyons à ce moment très amaigri, très affaibli, mais rose, n'ayant pas l'aspect d'un cancéreux. Il présentait une tumeur globuleuse sus-ombilicale, complètement mate, une transmission vibratoire systolique sans expansion, et un souffle systolique au niveau de la tumeur, que l'on retrouvait plus grave au-dessous au niveau de l'aorte abdominale. Dans le sang, on trouva huit éosinophiles pour cent leucocytes, le Weinberg fut négatif. L'état général était bon malgré quelques troubles digestifs d'origine mécanique. En raison de ses antécédents, du Wassermann positif et de l'incertitude du diagnostic, on crut bon de lui conseiller d'abord un traitement mixte : biodure de mercure et iodure de potassium. Le soir même, un gros incident survint. Le malade sent brusquement le kyste se vider dans l'abdomen, sans douleur immédiate, mais avec une sensation de réplétion du bas-ventre, de pesanteur dans les fosses iliaques, de besoin d'aller à la selle ; en même temps la tumeur s'affaise. Deux heures après le malade est pris de violentes douleurs abdominales avec tendance au collapsus. L'opération d'urgence est décidée et exécutée. On trouve un liquide abondant dans le cul-de-sac de Douglas ; la poche kystique vidée ne présente cependant pas de perforation appréciable. On la marsupialise et la guérison survient sans incident après une fistulette qui se tarit en 2 ou 3 mois.

Ce cas, compliqué par la syphilis et le Wassermann positif, était typique par les douleurs que ressentait le sujet, mais l'image radiologique avait fait penser plutôt à un kyste du lobe gauche du foie. Cette affection est en somme le principal et presque le seul *diagnostic différentiel* du kyste du pancréas, mais il est très délicat.

Il faut tenir compte dans la discussion des signes physiques, des réactions biologiques, mais surtout de trois éléments importants : 1° le kyste du pancréas fait maigrir souvent dans des proportions considérables (4 kgr. chez notre premier malade, 10 kgr. Le Moniet, 50 kgr. J.-L. Faure). Comme dans le diabète consomptif dit pancréatique, il semble que lorsque la glande pancréatique est touchée, l'*émaciation soit rapide et importante*. Le kyste hydatique du foie ne donne rien de semblable, il n'y a en général ni amaigrissement, ni cachexie. Les phénomènes douloureux sont la règle dans le kyste du pancréas, mais on peut les voir aussi dans les kystes du foie par réaction pseudolithiasique. 2° C'est une loi de biologie générale que, lorsqu'un kyste un peu volumineux se développe dans un lobe hépatique, il se fait du parenchyme de suppléance dans les parties saines. L'autre lobe en général est le siège de cette *hypertrophie compensatrice, vicariante*. Dans le kyste du pancréas le volume du foie ne varie pas. 3° L'*examen radiologique* fournit sans doute parfois des images qui peuvent s'adapter aux deux éventualités mais on peut avoir une image caractéristique et il faut la rechercher.

Plus on arrivera tard, plus le diagnostic sera difficile car lorsque le kyste ne fait encore qu'effleurer la paroi, ses rapports avec les organes voisins sont plus nets et d'une façon générale le kyste du lobe gauche du foie émerge plus haut que celui du pancréas.

Le diagnostic sera donc souvent un diagnostic de probabilité plutôt que de certitude. S'il ne faut rien négliger pour le préciser, les conséquences d'une erreur ou d'un doute sont peu graves puisque la sanction est la même : dans les deux cas l'*intervention chirurgicale est la seule thérapeutique possible* à l'heure actuelle.

Le kyste du pancréas si instructif pour la séméiologie abdominale est une affection grave. Sans intervention, il tue par émaciation ou déhiscence spontanée. L'opération n'est pas sans danger nous venons de le voir. Mais, en présence d'une tumeur kystique sus-ombilicale, il faut penser à la possibilité d'un kyste du pancréas, bien que ce soit une affection rare, et, que le diagnostic soit certain ou douteux, décider une intervention chirurgicale avant qu'il ne se rompe spontanément.

VARIÉTÉS

Une gloire thérapeutique ancienne. Le Cèdre et ses dérivés

« *Scire potestates herbarum, usumque medendi* »
VIRG., *Æn*, XII, 396.

O noble Cèdre, inspire-moi des accents dignes de tes fastes superbes ; au Liban, tu étendais le geste protecteur de tes frondaisons sur le modeste hysope ; en Egypte, un peuple te commettait en garde l'intégrité de ses cadavres et tu tenais parole ; d'aucuns t'ont peut-être calomnié, à prétendre que tu rendais même service à nos ancêtres gaulois, pour les têtes d'ennemis dont ils faisaient trophée en leurs logis ; aux âges héroïques, ton bois divin chauffait, éclairait et parfumait en leur foyer les déesses de l'épopée, Calypso ou Circé ; parmi les ruines d'Assur, tes fibres exhumées savent reprendre à leur surface le poli de leur jeunesse, que n'a pas entamée la révolution des siècles ; la liqueur qui flue de tes blessures conférait la même immunité aux ais de modeste origine qu'elle pénétrait ; tu as dévalé vers la mer armer toutes les flottes de l'Orient ; tu fus le cercueil d'Alceste la chambre d'Hélène, le coffre odorant où le berger Comatas était nourri par les abeilles ; tes travées, plus pérennes que l'airain, soutenaient, en Judée, à Ephèse ou en Lybie, les temples de Jéhovah, de Diane ou d'Hercule ; l'Hellène, le Romain, taillèrent la statue d'Artémise, celle d'Apollon, dans ta substance massive ; mais notre reconnaissance te salue moins pour tes soins vigilants aux momies des bords du Nil, que pour ce miracle de nous avoir conservé vivante la pensée antique,

◆◆

© BIU Santé

confiée à tes sucs précieux sur des feuillets inaltérables, « enrobée dans le cèdre et enclose aux parois du cyprès », comme parle Horace, suivi par maint autre poète.

Mon lyrisme médical, si j'ose dire, ne se haussera point à pindariser plus longtemps : c'est par la femme, ô Cèdre, que j'ai appris à te connaître dès l'abord dans notre histoire et je te ramène avec elle parmi les enfants d'Asclépios.

Hippocrate s'exprime ainsi :

« Préparation favorable à la conception : Cédria (résine de cédros), un oxybaphe (0 litre, 068) ; graisse de bœuf, quatre drachmes, broyer, mêler ensemble, faire des pessaires, appliquer à jeun ; la femme ayant le pessaire gardera la diète tout le jour : elle le mettra après ses règles, deux fois par jour, le matin et le soir ; après le dîner, elle se lavera et dormira avec son mari. »

Cette excellente réputation ne devait pas tarder à s'avilir pour de moins louables fins ; Aristote nous apprend que certaines femmes ont accoutumé de lubrifier leur col utérin, pour éviter la maternité, dans les conditions suivantes :

« Elles oignent cette partie de la matrice vers laquelle se déverse le sperme d'huile de cèdre, soit encore de céruse ou d'encens délayé dans l'huile. »

Le procédé ainsi précisé ne manquait pas d'efficace : la cédrie, ou ses congénères nés du cèdre, se vit attriquer une vertu sans doute usurpée, « atokion » à nul autre second, déclarent Dioscoride, Galien, suivis par Oribase, Aétius, même appliquée aux génitoires de l'homme, avant l'acte, et Pline n'émet pas sans raison quelques doutes.

« Portentum est, quod tradunt, abortivum fieri in Venere ante perfusa virilitate. »

On allait, en effet, jusqu'à considérer ces produits non seulement comme préventifs, mais comme tuant le fœtus par simple contact, ou amenant son expulsion s'il était déjà mort.

Pour en revenir au sexe aimable, il est des pages que je ne crains point de dire fort amusantes, où Galien, dans sa « Thérapeutique par régions », se défend, scrupules d'un philosophe et d'un ami de Marc-Aurèle, de condescendre à soigner des chevelures ou à teindre des poils que la nature avait nuancés d'une autre couleur. Des « princesses du sang » le sollicitent de leur coquetterie impérative, ou des matrones qui craignent de perdre l'estime de leurs proches, ainsi que l'affection de leurs maris.

« Criton, dans son traité, envisage les drogues qui conservent le cheveu, puis les teintures noires ou blondes : je voulais d'abord écarter ce sujet, évidemment du domaine de la cosmétique. Je ne sais pourquoi c'est opinion maintenant reçue que les femmes en vieillissant doivent passer au noir une canitie qui les déshonore, et cette opinion est partagée par les hommes qui tiennent pour insupportable d'avoir auprès d'eux une vieille à tête grise. Des simples coquettes, je ne m'en occupe point et ne leur prescris rien ; mais d'honnêtes femmes qui veulent échapper, en se noircissant ainsi, à certaine dépréciation publique, même auprès de leur entourage masculin, pourront employer, comme je le leur conseille, sans s'exposer à l'action nocive de teintures styptiques, ce qu'on appelle la cédrie. On s'en oint trois ou quatre heures avant le bain, puis l'on essuie, et ainsi pendant quatre ou cinq jours. Pour être utile sans nuire, car il y a des susceptibilités à l'endroit des rafraîchissants, la cédrie est suffisamment échauffante ; mais il faut l'employer sans mélange d'huile sur les têtes qui ont besoin de dessiccatifs et d'échauffants, qui ont une dyscrasie humide et froide. Autrement on peut mêler à l'huile. Si le cheveu tombait, il cesse ; s'il ne tombait pas, il s'accroît. Cependant l'odeur déplait aux coquettes, mais l'on s'y habitue par l'usage. Les montagnardes de notre Asie, à la campagne, mêlent de l'huile à la cédrie et s'en oignent aussi bien la tête que tout le corps ; mais elles font encore un mélange dans les mêmes conditions d'huile et de poix molle et s'en frottent la racine des cheveux, mélange appelé par elles « pissélaeon » huile de poix, différant du « pissanthos », fleur de poix, liquide plus ténu de consistance comme plus subtil d'activité, qui surnage sur la poix molle.

Ce sont remèdes qui retardent la canitie, sans nuire par leur emploi, alors que les composés âcres et astringents sont hautement nocifs. »

***

Il s'agit du grand cèdre nourri sur les sommets de Crête, de Syrie ou de Lybie, « cedrelate » de Pline, sans discuter plus avant la taxinomie comparée, à ce propos, des anciens et des modernes. Le produit fourni était recueilli directement de l'arbre ou le bois traité à chaud, comme pour fabriquer la poix, qui en Syrie, où les essences se limitaient au térébinthe et au cèdre, provenait volontiers de ce dernier.

Voici comment Pline, résumant Théophraste et prenant le pin comme type, décrit l'opération.

« On met la torche de pin en petites pièces, dit le vieux français d'Antoine du Pinet : et après qu'on les a entassées et accoustrées, comme on forme un buchier de charbonnier, on les rembousche d'argile à mode d'un four, à l'entour duquel on fait un gros feu, pour faire sortir la poix (ou selon aucuns à l'entour on fait un gros feu l'ayant au préalable rembouschè au dehors). La première eau qui en sort et qui tombe au canal approprié à cela, est claire comme eau. Les Syriens l'appellent Cedrium et est de telle efficace que les Egyptiens... L'autre liqueur qui vient après et qui est plus espaisse que la première est prinse pour la poix. »

La poix molle, livrée à elle-même, laissait exsuder une partie plus fluide ; Geoffroy expose ces données dans un « Excursus » annexé au texte du Pline de Lemaire :

« Pici nigrae liquidae in vasis idoneis per sat longum tempus repositae innatat liquor fluidus, niger, oleosus, pisselaeum dictus, improprie oleum cadinum. Quidam crassiorem picis partem ad siccitatem usque coquunt et aliam palimpissae seu picis aridae speciem conficiunt. »

En dépit de Galien, le « pissélaeon » n'est pas ordinairement une mixture. Qu'il s'isole à froid ou à chaud de la poix de cèdre, il paraît se confondre aisément avec le « cédrélaeon », le « cédrion », le « cédrinon », toutes finales neutres qui indiquent une huile essentielle, cédrie huileuse ou « cedri succus ».

La littérature depuis Dioscoride s'accorde à rapporter qu'on extrait cette huile en la condensant dans des laines suspendues à la surface pendant les cuissons de la matière résineuse. Un des procédés consistait à projeter dans celle-ci des pierres chauffées. Il y a donc une huile plus légère, une lie plus âcre et plus irritante, comme pour l'huile d'olive.

Le cèdre pleure spontanément ces « larmes » dont parle Théophraste, ce « miel » d'Hippocrate, que les commentateurs de Pline, édition Lemaire, appellent encore «gummi », « unguentum » et Henri Leclerc « manne mastichienne ». Pour les autres dérivés, on a déjà pu s'en rendre compte, il s'offre une synonymie assez confuse.

La « cédrée », « cédræe » ou mieux « cédrie » est le produit brut : la terminaison féminine indique poix ou résine. Le Thesaurus Linguae Graecae en concordance avec maintes références, déclare que c'est soit la résine, soit

© BIU Santé

l'huile « tedarum sudor », soit la poix. Littré traduit indifféremment tous ces termes par « résine » ou « huile » de cèdre », ce qui se peut accepter, sous réserve que l'on entende une substance fluide : tout au plus Pline la compare-t-il à de la poix. Discoride en a nettement précisé les caractères :

« La cédrie la plus estimée est épaisse, limpide, d'odeur forte si on la verse, elle se réunit en gouttes et ne s'étale point. »

Au demeurant Hippocrate la prescrit par oxybaphes, qui sont mesures de capacité, et Galien l'applique sans mélange sur le cuir chevelu.

Les huiles plus ou moins épurées par les procédés rudimentaires signalés conservaient une teinte ambrée : elles coloraient le papier :

« Quod neque sum cedro flavus, nec pumice levis » chante Ovide.

Le bois fournissait parfois sa sciure ou ses copeaux et l'on recueillait la « fuligo », noir de fumée, inscrite dans la pharmacopée. Les « cédrides », qui sont des baies, sortent de notre ligne directe : elles appartiennent comme fruits à l'oxycèdre, un cousin germain. Galien les considère pourtant comme des succédanés de la cédrie.

La matière médicale étant ainsi dotée, certaines indications présidaient à l'emploi de ses ressources.

Je rappelle, sans reprendre l'historique des doctrines humorales et en me citant moi-même que, par exemple.

« Une affection humide du premier degré et chaude au troisième, se corrige en combinant l'aliment et le médicament, dessiccatifs et rafraîchissants au même degré ».

Ainsi Aétius, pour ne produire que cet auteur, classe le cèdre parmi les médicaments chauds et secs au troisième degré, la cédrie atteignant le quatrième, mais il se place seulement au premier des septiques, c'est-à-dire des putréfiants ou mortifiants. Un texte de Dioscoride éclairera cette dernière proposition :

» La cédrie altère les corps vivants (les chairs tendres, dira Galien) et conserve les morts : d'aucuns l'ont appelée la vie des cadavres. Elle met à mal les vêtements et les fourrures, car elle a grand pouvoir de caléfaction et de dessiccation ».

Il va sans dire que ces barèmes tranchés n'existent qu'au dernier période de la médecine grecque et qu'on n'en trouverait pas trace dans la collection hippocratique.

Celle-ci. pour en venir aux applications, se sert de notre espèce dans le traitement des plaies, ainsi que dans les maladies des femmes.

Plus tard, un résumé assez complet de Dioscoride a été fort compilé par la série des successeurs, y compris Galien.

« La cédrie figure avec avantage parmi les médicaments de l'oculistique : en collyre elle donne la clarté à la vue, efface taies et cicatrices. Instillée avec du vinaigre, elle tue les vers des oreilles, arrête les bruits et les sifflements. Avec la décoction d hysope, déposée dans la cavité de carie dentaire, elle la rompt, mais soulage la douleur : de même si on mêle au vinaigre. Etendue sur les parties génitales avant le coït, elle s'oppose à la fécondation. Les angineux s'en font des applications et elle est utile dans les inflammations des tonsilles. Elle détruit poux et lentes. Avec du sel, elle sert contre les morsures des cérastes. Si l'on a absorbé le poison du lièvre marin. elle est un auxiliaire secourable, ainsi qu'aux éléphantiasiques. Soit en électuaire, soit en embrocations, elle déterge les ulcères du poumon : à la dose d'un cyathe elle les guérit. Injectée, elle tue les vers, les ascarides, fait avorter. Elle fournit une huile, qui se sépare de la cédrie, pendant la cuisson.... Avec les mêmes usage que la cédrie, elle a pourtant son emploi spécial en friction contre la gale des quadrupèdes, chien, bœuf. Elle détruit les tiques et cicatrice les plaies faites psndant la tonte ».

Ailleurs il décrit le vin de cèdre et une mixture avec le vin doux, dénommée « cédrite ».

« Ce vin se fait de même avec le cèdre, le genévrier, le cyprès, le laurier, le pin et le sapin. A l'époque de la fructification, on fend des buchettes récemment coupées, on les expose au soleil, au feu, à la chaleur du bain, pour les faire suer, on en met une mine par conge de vin ; on attend deux mois, on décante, expose au soleil, puis met en réserve, dans un vase bien plein, pour que le vin n'aigrisse point. Ce vin ne convient pas aux gens en santé : il est échauffant, légèrement astringent et porte aux urines ».

Pour le « cédrite », on lave la cédrie avec de l'eau douce, dont on verse un cyathe par amphore, puis on remplit de vin doux. Ce serait un agent souverain contre :

« les vieilles toux sans fièvre, les points de côté et les douleurs de poitrine, les tranchées, les ulcérations du ventre et de l'intestin, les suppurations, les hydropisies, les affections utérines, les vers, le frisson, la morsure des serpents, qu'il fait fuir, l'otalgie, en instillant. » La médication serait échauffante et exténuante.

A feuilleter Pline, je relève encore, au titre dermatologique, l'association de l'huile et de la cédrie contre les pityriasis, puis, contre cette entité déconcertante pour nos enquêtes rétrospectives, la lèpre, un groupement avec sang de vautour et carline blanche, sous une feuille de chou.

Didyme poursuit les punaises avec une dilution au quart dans le vin doux et Aétius conseille de se préserver des moustiques en brûlant des copeaux avec du vitriol de cuivre, noir de cordonnier des anciens.

D'après Galien, le dépôt fuligineux provenant de la combustion du cèdre l'emporte sur ceux obtenus de la térébenthine, de la myrrhe, de l'encens, du styrax, de la poix pour la cure des affections oculaires.

De toutes ces thérapies, celles qui semblent avoir eu la fortune la plus durable sont celle des pédiculoses, reproduite partout avec éloges, et, sauf la voix discordante de Pline, celle qui amendait les odontalgies par liniment à la joue, collutoire gingival, mais surtout par pansement dans l'excavation dentaire.

La chirurgie ne perdait pas non plus ses droits. Notons rapidement dans Hippocrate le « miel » participant à une préparation modificative des plaies, et la sciure à un cataplasme astringent ; dans Paul d'Egine l'affirmation du pouvoir agglutinant et dans Celse celle du pouvoir résolutif.

Huile de cèdre, j'ai immergé dans tes flots limpides le front de mon objectif durant de longues années, mais l'on t'accuse de ne sortir que d'un genévrier : Sprengel et tels autres du reste croient que toute cette littérature antique s'est faite pour la majeure part aux dépens de l'oxycèdre.

Cependant, cèdre génuin, la science contemporaine — il n'y a de neuf que ce qui a suffisamment vieilli — te rappelle à la lumière. Je te retrouve, émigré dans l'urèthre de l'homme, et le cycle est bien près d'être bouclé. Selon Huertas, Evrard, Massy, Henri Leclerc, tu sais déloger le gonocoque et sans doute un renouveau thérapeutique s'ouvre devant ton efficacité.

Vincent NICLOT.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance annuelle, 9 décembre 1924.

PAUL BROCA

(1824-1880)

ÉLOGE

Prononcé par **Ch. ACHARD**,
Secrétaire général de l'Académie de médecine.

C'est toujours une bonne fortune pour un médecin que d'avoir à prononcer l'éloge d'un chirurgien : il est assuré de s'y instruire. Mais c'est une fortune plus rare et plus précieuse encore, quand ce chirurgien ne s'est pas confiné dans la pratique de son art, quand il a cultivé la science, reculé les bornes du savoir humain et fondé même une nouvelle science. Tel fut, en effet, Paul Broca. Venu à la chirurgie en un temps où les opérations étaient beaucoup moins nombreuses et variées qu'aujourd'hui, moins exigeantes aussi pour leur technique et leur outillage, où les chirurgiens s'adonnaient volontiers aux études d'anatomie et de physiologie, il eut le loisir de fouiller le champ fertile de l'anatomie pathologique, de faire non seulement de la clinique et de la thérapeutique, mais de la pathologie chirurgicale et même de la pathologie générale, puis, pour satisfaire son inlassable curiosité scientifique, de jeter ses regards au delà du malade et de l'individu, et de fonder vraiment l'anthropologie, cette physiologie de l'humanité.

Un siècle a passé depuis que Pierre-Paul Broca naquit le 28 juin 1824, à Sainte-Foy-la-Grande, ville petite en dépit de son fier surnom, mais qui nous a donné aussi Gratiolet, et qui pourrait par ces enfants illustres légitimer son titre ambitieux ; mais pareille épithète a-t-elle besoin de se justifier si près de la Garonne ?

Le père de Paul Broca exerçait la médecine. Il fit faire à l'enfant ses études classiques au collège communal, célèbre dans la région, car l'élite de la jeunesse protestante de France y fréquentait, et c'est de lui que sont sortis encore les Reclus.

Bachelier ès lettres et ès sciences à seize ans, Paul Broca se destinait à l'Ecole polytechnique. Le directeur du Collège, mathématicien distingué, l'y avait préparé. Mais à la mort d'une sœur, la famille du jeune bachelier, reprenant un premier projet, décida qu'il serait médecin et succéderait à son père : Paul Broca brûla ses épures. Cependant, comme tant d'autres décisions familiales qui prétendent régler l'avenir, celle-ci ne devait pas recevoir sa pleine exécution. Envoyé à Paris pour étudier la médecine, en octobre 1841, rempli d'ardeur, le jeune Broca suit les cours de l'Ecole et de la Sorbonne, apprenant l'ostéologie chez lui, selon l'usage du temps, avec des os qu'il se procurait moyennant un abonnement de trente sous par mois. Les lettres qu'il envoie aux siens depuis ce moment jusqu'à son mariage, pendant une période de quinze ans, et qui nous ont été conservées, abondent en détails savoureux sur les mœurs et les événements de l'époque et dévoilent en même temps le caractère de leur auteur et son mérite.

Ayant trouvé pour vivre un poste de maître d'études au Collège Sainte-Barbe, il suit, quand il en a le loisir, les cliniques des hôpitaux de six à dix heures du matin, notamment celle de Roux à l'Hôtel-Dieu, et le cours d'anatomie de Breschet qui a lieu trois fois par semaine à 10 h. 1/2, en y ajoutant parfois le cours de chimie de Gay-Lussac au Jardin des Plantes. Mais ses fonctions à Sainte-Barbe devenant une gêne pour son besoin d'apprendre, il les quitte et peut suivre les leçons de chimie organique de Dumas, de botanique de Richard et de physiologie de Bérard. A son premier examen de fin d'année, qu'il passe devant Dumas, Royer-Collard et Mialhe, il est interrogé avec succès sur la classification des Coléoptères, question disparue depuis longtemps de nos programmes. Puis, admis après concours à l'École pratique, ce qui lui procure l'avantage d'être chauffé sans payer le bois, d'avoir des cadavres sans bourse délier et des leçons également gratuites du prosecteur, il règle sa vie en consacrant sa matinée, de sept heures et demie à dix heures et demie, au service de Blandin à l'Hôtel-Dieu, où il a six malades à panser, puis, de midi à quatre heures à l'Ecole pratique ; enfin, après son dîner qu'il prend à 5 heures, il travaille le soir de sept heures à minuit, ce qui lui coûte quinze chandelles par mois.

Reçu externe, il a son service chez Ricord, le médecin le plus spirituel de Paris, dit-il. Au concours de l'internat, en octobre 1844, une question inattendue surprend les candicats, car elle ne figure pas parmi les 350 qu'ils ont coutume de préparer dans le Dictionnaire en 25 volumes ; elle a pour titre : *Anatomie médico-chirurgicale de la fosse iliaque interne, phlegmons et abcès de cette région*. A cette époque où l'appendicite était méconnue, la partie pathologique du sujet était traitée seulement dans un ouvrage de Dance.

Nommé interne, le service de Leuret, à Bicêtre, lui échoit, puis celui de Laugier à l'hôpital Beaujon, où l'on n'a qu'un dîner tous les deux jours et où les chambres sont révoltantes, au point qu'il en doit louer une rue du Colisée.

En 1846, il est à la Charité : son chef Gerdy est remplacé par un jeune homme de vingt-huit ans, qui vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux à son premier concours et qui a nom Alfred Richet, l'un de nos futurs présidents. Aide d'anatomie, il est, à la suite de difficultés avec l'Administration de l'Assistance publique, cassé de sa place d'interne, puis réintégré bientôt. Il a pour chef, à la Maison royale de Santé, Duméril : puis, en 1847, il est, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, interne de Blandin, « homme un peu vif, un peu rude, mais qui fait la meilleure clinique de Paris » : le type n'en est pas perdu.

Dans toute cette période de jeunesse ardente, son activité déborde. On dirait qu'il sent déjà ce qu'il dira plus tard : « l'homme devient impropre à la science lorsqu'il prend de l'âge ; il faut travailler pendant qu'on est jeune. » Cadet d'une contrée qui touche à la Gascogne, il marche à la conquête de la renommée. Pour surmonter les difficultés matérielles de son existence, il donne des leçons, il écrit des articles et des livres, jamais il n'hésite à concourir à toutes les places où il peut prétendre : « j'ai pour principe, écrit-il, qu'un homme ne doit jamais, sous peine de donner sa démission d'homme, abandonner un concours dans lequel il est engagé. »

Avec le soutien de solides amitiés, avec Follin et Verneuil, qui forment avec lui ce qu'on appelle partout le triumvirat dans la jeunesse de l'Ecole, il déjoue toutes les intrigues qui se nouent contre les candidats plus riches de mérite que de faveur. Ne dira-t-il pas plus tard, quand il sera juge au concours de l'externat : « mes sympathies sont acquises d'avance et d'une manière toute spéciale aux candidats qui ne sont pas recommandés, attendu que toute ma vie j'ai eu à lutter contre les gens qui l'étaient trop. »

En 1853, il est nommé chirurgien du Bureau central des hôpitaux, le troisième sur la liste avec Follin et Depaul ; puis agrégé de la Faculté, le premier cette fois, avec Follin et A. Richard. Sa thèse d'agrégation sur l'*étranglement dans les hernies abdominales et sur les affections qui peuvent le simuler* devait connaître la rare fortune d'une réimpression quelques années plus tard.

Lauréat de l'Académie de Médecine avec un mémoire sur le cancer, il avait décidé de se présenter pour le prix Portal peu de semaines seulement avant la clôture du concours. Il passe quatre nuits à écrire 600 pages, tandis que Beau dessine 25 figures et 5 planches in-folio : deux copistes travaillent sans relâche et Verneuil corrige les fautes. Au terme prescrit, à minuit moins cinq, le mémoire est déposé à l'Académie. Il est récompensé et l'auteur, à qui l'on offre de le publier en librairie, préfère qu'il soit imprimé dans les Mémoires de notre Compagnie ; « Cela n'a pas une grande publicité, dit-il, mais c'est une collection qui restera ; or, en matière de science, le présent n'est rien, l'avenir est tout. » Malgré le peu de publicité qu'il redoutait, ce travail sur le cancer devait pourtant lui valoir une approbation bien inattendue, celle de Mgr le duc de Bordeaux, qui lui fit écrire de son château de Frohsdort, par son médecin, le Dr Carrière, pour le féliciter ! Cet intérêt que prenait au

© BIU Santé

cancer l'héritier des Bourbons ne semble-t-il pas un étrange pressentiment du mal, resté d'ailleurs obscur, qui devait trente ans plus tard l'emporter ?

D'esprit libéral, élevé dans la foi huguenote, Broca siégea toujours à l'aile gauche du protestantisme français. Frondeur envers le pouvoir, quand ce pouvoir était aux mains de la monarchie de Juillet ou de l'Empire, il mena des campagnes contre l'arbitraire et l'intrigue, dont les hôpitaux et la Faculté n'étaient pas exempts en cette période agitée.

En 1848, il s'enflamme pour la République. Sa correspondance s'émaille de récits colorés des scènes de la révolution. Pendant une leçon clinique de Blandin, il raconte dans une lettre à sa famille la manifestation piteuse des bonnets à poils. Après les journées de février et de juin, il soigne les blessés dont l'Hôtel-Dieu est rempli et reste trois jours et trois nuits sans s'asseoir. Refusant d'être élu lieutenant de la garde nationale, il préfère demeurer simple soldat et monte trois gardes par semaine. On put le voir en faction devant l'entrée de l'Hôtel-Dieu, portant d'un côté son fusil et tenant de l'autre un livre à la main : attitude peu réglementaire sans doute, mais combien symbolique.

Il trouve aussi le temps de fréquenter dans les assemblées électorales, de fonder une Société des Libres Penseurs et un Club de la Cité qui tient ses séances dans l'Amphithéâtre des hôpitaux. Un moment dégoûté de la politique, en juin 1848, il s'écrie, non sans justesse dans son pronostic : « la France, un pays de grenouilles ! quand viendra donc le morceau de bois ? serait-ce du bois de la souche de Napoléon par hasard ? » Plus tard, il dénoncera les manœuvres dont usera le pouvoir impérial pour conquérir la faveur populaire et plaisantera les illuminations forcées que la police imposera aux bourgeois de Paris. Il dépeindra l'émotion soulevée au Quartier latin, en 1855, par la théorie des deux morales de Nisard, et fera chorus avec les manifestations d'étudiants défilant au cri de : Vive la liberté devant la statue de Spartacus aux Tuileries, ou portant en triomphe Béranger aux funérailles de David d'Angers. Il dira comment, à l'Académie des Sciences, Jobert de Lamballe, candidat de l'Empereur, échouera par 28 voix contre 29 à Jules Cloquet, mais sera élu l'année suivante par 29 voix contre 28 à Longet, ce qui montre, conclut-il, qu'il y a eu, en un an, une conversion à l'empire.

En 1848, dans la lutte pour le décanat, il prend parti contre Orfila pour Bouillaud et s'indigne, quelques mois plus tard, de la destitution de ce dernier sous l'influence des amis du premier. Interne à l'Hôtel-Dieu, après la révolution de Février, il reçoit Ledru-Rollin, ministre de l'Intérieur, et le harangue au nom des élèves des hôpitaux pour lui demander de ratifier la nomination de Bouillaud. Il est l'âme du mouvement qui force Béhier, médecin de Guizot, à se démettre de ses fonctions d'agrégé, où il avait été illégalement maintenu.

Malgré son labeur acharné, malgré une activité qui se prodiguait en toute occasion, malgré la fièvre de son existence, il conservait un esprit pratique et avisé, témoin cette lettre où il donne à sa famille une leçon de finances au lendemain de la Révolution de 1848 : il conseille d'acheter avec le papier déprécié de la bonne terre ou de bonnes rentes 3 p. 100 qui sont à 30, rappelant à l'appui que, sous le Directoire, le 5 p. 100 était tombé à 10. Tout occupé qu'il est de ses travaux et de ses concours, il trouve encore le moyen de faire à Paris et dans les environs toutes sortes de démarches pour obliger parents et amis. Il est le lien entre sa petite ville et ses compatriotes de la capitale, aussi attentif aux commissions de la tante Jourdit qu'à l'avancement du cousin Elie. Et plus tard, fidèle dans ses amitiés, il ne cessera de correspondre avec ses compagnons d'études, entre autres avec Morvan, de Lannilis, le célèbre praticien breton, qui découvrit la maladie à laquelle son nom est resté justement attaché.

Tout chirurgien qu'il fut, Paul Broca n'a pas laissé beaucoup de travaux de pure chirurgie ; on a de lui des études sur les luxations sous-astragaliennes, travail resté classique, sur la pathogénie des pieds bots, sur la galvanocaustique, sur le traitement abortif des bubons vénériens suppurés, sur la propagation de l'inflammation (*Thèse de Doctorat*), sur la pleurésie secondaire, consécutive aux inflammations du sein et de l'aisselle, sur la cataracte capsulaire.

C'est qu'à cette période du XIXe siècle, la chirurgie n'avait pas encore les audaces légitimes qu'allait bientôt lui permettre la pratique de l'antisepsie, mais déjà elle avait perdu celles qu'elle avait connues à la grande époque des guerres napoléoniennes. Les interventions opératoires exposaient à de gros risques et les chirurgiens avisés ne se plaisaient point à tenter les aventures. Ils en profitaient pour consacrer une part de leur activité à l'étude, et les récentes applications du microscope à la pathologie, qui faisaient déjà la renommée de Lebert, leur ouvraient une mine riche de promesses. Broca et Follin s'engagèrent dans cette voie nouvelle, tandis que Verneuil s'attachait aux relations des traumatismes avec les troubles de l'état général.

De cette époque datent les recherches de Paul Broca sur la pathologie des cartilages, sur l'anatomie pathologique du rachitisme, sur le cancer, et deux œuvres maîtresses sur les anévrismes et les tumeurs.

Dans ces deux ouvrages, l'auteur traite le sujet en l'envisageant, dans des vues d'ensemble, familières à son esprit généralisateur. Mais on y trouve, de plus, des idées neuves et personnelles. Tels sont les chapitres consacrés à la formation des caillots dans le sac anévrismal, aux modifications circulatoires qui résultent de l'anévrisme. Tels sont aussi ceux qui développent les applications de l'histologie à l'étude des néoplasmes, les modes d'extension et de propagation des cancers, l'envahissement néoplasique des vaisseaux. Bien qu'inachevé, le *Traité des tumeurs* n'en reste pas moins un monument solide, où se trouvent réunies des recherches originales que son auteur avait en partie publiées en divers mémoires.

Les anomalies du développement avaient attiré la curiosité de Broca : quelques-unes de ses publications traitent du bec-de-lièvre, des doigts et orteils surnuméraires, des exostoses de croissance.

Ces divers sujets comportaient au moins quelques applications chirurgicales. Mais Broca s'échappait volontiers de la chirurgie, et même ce qui contribua peut-être le plus à sa renommée au milieu de sa carrière, ce sont des recherches d'ordre médical, sur la localisation cérébrale de la fonction du langage articulé, où la chirurgie n'eut d'autre part que de lui permettre plus tard de faire disparaître l'aphasie par la trépanation chez un malade atteint d'un abcès du cerveau et d'inaugurer ainsi le chapitre de la médecine opératoire qui repose sur la notion de la topographie cranio-cérébrale.

Le sujet a trop d'importance, tant dans la vie de Broca que dans l'histoire de la médecine, pour que nous ne nous y arrêtions pas quelques instants.

Au pays de Bade, Gall, à quatorze ans, avait remarqué que plusieurs de ses camarades, doués d'une excellente mémoire, avaient des yeux à fleur de tête, de ces yeux de bœuf, comme il les appelait et comme déjà les chants homériques dépeignaient ceux de l'irascible Junon. De cette remarque singulière il induisit plus tard que toutes les facultés et les penchants de l'âme devaient se marquer sur le crâne par des bosses, indices d'un développement correspondant de la partie du cerveau qui leur était affecté. Ainsi fut créé la phrénologie, suite en quelque sorte de la physiognomonie de Lavater, qui prétendait lire sur les traits du visage le caractère des gens. A Paris, toujours accueillant aux aventuriers du dehors, de nombreux adeptes prirent parti pour le système de Gall, malgré l'opposition de Laënnec et de Cuvier. Gall plaçait son centre du langage et de la mémoire à la face inférieure du lobe frontal, à la partie postérieure du lobule orbitaire, dont le développement devait repousser les yeux en avant. Il ne faisait, d'ailleurs, nulle différence entre le côté droit et le côté gauche, et dans son Atlas, c'est du côté droit qu'est marqué sur la figure l'emplacement de ce centre.

Ce n'était guère qu'une vue de l'esprit. Mais en 1825, un document plus sérieux fut apporté par Bouillaud, qui trouva des lésions des lobes antérieurs du cerveau dans des cas où les malades avaient perdu la parole, parce qu'ils avaient perdu soit la mémoire des mots, soit les mouvements nécessaires pour l'articulation de ces mots.

© BIU Santé

En avril 1861, Broca, chirurgien de Bicêtre depuis le 1er janvier, et qui s'intéressait à la question des troubles du langage dans leurs rapports avec les lésions du cerveau, parce qu'une discussion venait de s'élever à la Société d'anthropologie sur les localisations cérébrales, fit l'autopsie d'un malade, mort d'un phlegmon aigu de la cuisse, mais atteint depuis longtemps de perte du langage. Ce trouble, que Trousseau devait débaptiser 'appeler aphasie, Broca le désignait sous le nom d'aphémie et le définissait très exactement comme la perte du langage articulé, alors que tous les muscles obéissent à la volonté et que l'intelligence subsiste, quoique souvent amoindrie. Or, la lésion trouvée chez ce malade et visible encore sur son cerveau déposé au musée Dupuytren, était un ramollissement étendu de l'hémisphère gauche. Broca pensa, comme on le croyait alors, que ce ramollissement était une lésion progressive, propagée de proche en proche et, parce que son malade, pendant une période de dix années, avait perdu seulement la faculté d'articuler les mots, il chercha le point où la lésion paraissait être le plus ancienne : c'était la troisième circonvolution frontale, et c'est là qu'il estima devoir placer avec le plus de vraisemblance l'organe central du langage articulé. Un peu plus tard, il confirma cette observation *princeps* et indiqua la coïncidence de l'aphémie avec l'hémiplégie droite et le siège habituel de la lésion dans la 3e frontale du côté gauche. Parrot, d'ailleurs, en 1863, avait observé une lésion de la 3e frontale droite sans aphémie. Puis, comme la coïncidence avec l'hémiplégie gauche était quelquefois notée, Broca imagina la théorie de la gaucherie du cerveau et des suppléances, se laissant entraîner, pour soutenir une opinion qui devenait classique, a des hypothèses, ressources dont l'esprit humain n'est jamais à court pour boucher les trous de son ignorance.

Au demeurant, il y eut toujours quelques dissidences. La question de l'aphasie n'avait pas tardé à se compliquer lorsqu'on eût décrit, outre l'aphasie motrice, les aphasies dites sensorielles, et qu'on eût trouvé chez les aphasiques des lésions situées ailleurs que dans la circonvolution de Broca. Aussi le sujet a-t-il fait couler beaucoup d'encre et soulevé nombre de discussions qui même ont tourné plus d'une fois en polémiques.

On ne saurait aujourd'hui s'en tenir à la conception de Broca et de ses continuateurs immédiats. Notre éminent collègue M. Pierre Marie a publié sur ce problème des travaux fort suggestifs, nourris abondamment de faits et d'idées.

D'abord, il est de nombreux cas d'aphasie motrice sans lésion de la 3e circonvolution frontale gauche, et réciproquement des cas de lésion de cette circonvolution sans aphasie. La guerre en multipliant ses blessures, n'a que trop clairement fait la preuve que les altérations de la 3e frontale n'entraînent pas l'aphasie et que celle-ci s'observe à la suite de lésions de la région pariéto-temporale gauche, en arrière du sillon de Rolando.

Ensuite, depuis qu'on sait poursuivre au microscope dans la profondeur de l'encéphale les dégénérescences secondaires des fibres nerveuses, qui sont, pour les incitations parties des centres moteurs, les conducteurs d'exécution, l'on n'a jamais pu démontrer l'existence d'un semblable faisceau de la parole, dégénéré chez l'aphasique.

A ces arguments anatomiques la physiologie pathologique en ajoute quelques autres. Les sourds-muets, qui ne parlent pas parce qu'ils ne peuvent entendre, pour les apprendre, les sons conventionnels du langage articulé, ont pourtant une 3e circonvolution frontale normalement développée. Si c'était là un centre inné du langage, ils devraient parler, du moins dans une langue propre, incompréhensible sans doute aux autres hommes, mais articulée, modulée à la manière d'une langue inconnue, et non se borner à émettre des sons inarticulés, sortes de grognements ou de cris d'animaux. Or, l'on sait à quelle patiente éducation il est nécessaire de soumettre ces malheureux infirmes pour leur apprendre par la vue les mouvements qui sont nécessaires pour articuler un langage intelligible.

Un centre inné du langage supposerait pour l'homme un langage naturel qui serait peu différent pour tous les peuples. Il n'y a pas diverses manières de marcher, de courir, de prendre un objet suivant les nations, comme il y a des langues et des idiomes en quantité.

De même, si l'on envisage l'évolution du langage chez l'individu depuis la naissance, on voit que le nourrisson, privé de la parole, l'*infans* des anciens, parvient à exécuter déjà beaucoup de mouvements pour s'essayer à marcher, à saisir des objets, qu'il sait rire et pleurer, sans pouvoir cependant encore prononcer autre chose que des syllabes isolées ou deux fois répétées. C'est que les mouvements de la marche, ceux de la préhension, ceux de la mimique, sont régis par des centres innés et se développent naturellement, tandis que ceux du langage articulé sont conventionnels et n'expriment pas l'activité naturelle et spontanée d'un centre préformé.

Enfin, d'autres raisons sont encore tirées — ce qui est plus piquant — de l'anthropologie. L'évolution du langage écrit, au cours de l'histoire de l'humanité, commence avec les premiers essais de dessins, ébauchés par des peuplades sauvages : écriture représentative, destinée à figurer certains actes, à rappeler certains évènements, mais qui est bien loin du vrai langage. Les idéogrammes des monuments égyptiens sont déjà des signes conventionnels, schématiques, destinés à évoquer des idées, même abstraites.

Ce n'est que plus tard que l'écriture devient phonétique, c'est-à-dire reproduit non des idées, mais des sons : l'hiéroglyphe, qui d'abord désignait un objet dont le nom était monosyllabique, désigne dès lors le son syllabique, la syllabe même de ce mot et, pour les mots polysyllabiques, la première syllabe. Puis, de syllabique, cette écriture phonétique devient alphabétique, l'hiéroglyphe n'exprimant plus que le son initial de la syllabe, en s'isolant pour former le simple signe d'une lettre, de sorte que le langage écrit, ainsi perfectionné, grâce aux combinaisons infinies des lettres, devient apte à traduire toutes les nuances phonétiques du langage oral. S'il y avait eu dans le cerveau humain des centres innés du langage écrit, eût-il fallu à nos ancêtres tant de milliers d'années pour arriver à traduire leur langage oral en langage écrit ? Qu'on ne dise pas que de pareils centres ont pu se constituer graduellement par l'évolution naturelle, car ce langage écrit n'a guère été, pendant de longs siècles, que le privilège d'une élite, d'une minorité infime, et de nos jours encore, dans les pays même les plus civilisés, il n'est pas besoin de remonter à beaucoup de générations en arrière pour trouver dans la masse du peuple une majorité d'hommes ne sachant ni lire ni écrire et complètement ignorants du langage écrit.

Ainsi chancelle sur ses bases la théorie de la localisation du langage dans le centre de Broca. Mais on ne détruit que ce qu'on remplace, et les opposants ont imaginé une autre théorie. Ils admettent que l'aphasie dépend de lésions qui peuvent occuper une zone etendue de l'écorce cérébrale, située dans la région pariéto-temporale de l'hémisphère gauche, et qui n'est pas un centre préformé du langage, ni même spécialisé pour cette fonction, mais un centre ou plutôt une réunion de centres multiples, adaptés par l'effort individuel à la fonction du langage. De la même manière, pour chacun des actes usuels, chaque individu adapte peu à peu des centres ou des cellules multiples de son cerveau, qui s'associent et se prêtent un mutuel concours pour la bonne exécution de ces actes. C'est peut-être parce que les éléments de l'hémisphère gauche se développent un peu avant ceux de l'hémisphère droit, que l'adaptation débute et prédomine à gauche.

On conçoit bien ainsi que, dans l'hémiplégie infantile du côté droit, qui frappe dès la plus tendre enfance l'hémisphère gauche, avant qu'il soit adapté au langage, l'enfant puisse néanmoins par la suite apprendre à parler, parce qu'il dispose d'autres centres et d'autres cellules cérébrales qu'il peut adapter à l'exercice de cette fonction.

Quel que soit le sort de la théorie nouvelle, s'ensuit-il que la découverte de Broca soit de nulle valeur et qu'il faille, comme tant d'autres, la reléguer dans l'ombre des vains souvenirs ? En aucune manière. Il reste à Broca un très grand mérite et deux faits exacts subsistent.

D'abord il a décrit avec grande précision le syndrome clinique de ce que nous appelons aujourd'hui l'aphasie motrice, le type Broca de l'aphasie, que ses devanciers avaient entrevu d'une manière un peu confuse et sans le dégager nettement.

Ensuite il a reconnu que ce trouble du langage dépend de

© BIU Santé

lésions cérébrales qui siègent habituellement dans l'hémisphère gauche et, de plus, il a décrit, en même temps que l'anatomie des circonvolutions du cerveau, la morphologie de la 3e frontale, qui garde très justement le nom de circonvolution de Broca.

Ses travaux sont comme la pierre de base sur laquelle s'est édifiée la notion féconde des localisations cérébrales. Il ne fut plus possible de considérer l'écorce du cerveau comme un tissu d'essence supérieure, dont les parties étaient indifféremment propres à toutes les manifestations de l'activité nerveuse ; il fallut renoncer à la doter d'un régime d'exception, comme si elle échappait aux règles qui gouvernent la structure et les fonctions des autres organes. Ainsi put s'établir et se développer l'application de la méthode anatomo-clinique à la pathogénie nerveuse qui en a retiré de merveilleux profits.

Ce n'est pas la seule fois, d'ailleurs, dans l'histoire des sciences, qu'un fait mal interprété n'en soit pas moins la source d'un progrès réel, et s'il est exact que souvent la vérité d'aujourd'hui devienne l'erreur de demain, n'arrive-t-il pas aussi que la vérité d'aujourd'hui soit faite des erreurs d'hier. La vérité, celle du moins que nous pouvons voir, n'est-elle pas toujours relative et n'est-ce pas seulement sa forme que nous apercevons, sans la saisir jamais tout entière et la maîtriser vraiment ?

Ce qui n'a pas peu contribué au grand retentissement des travaux de Broca sur le centre du langage, c'est qu'ils donnaient l'occasion de s'affronter à deux doctrines philosophiques. Spiritualistes et matérialistes, comme on les appelait alors, se combattirent en attaquant ou défendant l'existence des localisations cérébrales. Pour les premiers, l'idée que telle partie du cerveau pût élaborer telle manifestation de l'activité psychique et sécréter de la pensée, selon leur expression dédaigneuse, était un affreux sacrilège : comment rabaisser la noblesse de l'âme à l'humble condition d'un suc digestif ? Et les autres de triompher, en montrant que la métaphysique, incapable d'expliquer la variété des fonctions cérébrales, devait reculer devant la physiologie, dont les précisions rendaient compte de certains actes de l'intelligence. La politique et la religion s'en mêlèrent et les discussions ne restèrent pas toujours dans le ciel pur de la sérénité scientifique.

Aussi bien, politique et religion s'attaquaient-elles dans le même temps à l'anthropologie, cette jeune science qui devait à Broca son essor, et dont relevait, non moins que de la pathologie, la question du langage.

C'est en 1847 que Broca fut amené à faire ses premières recherches anthropologiques. Adjoint, en qualité d'aide d'anatomie, par le préfet de police, à une commission qui devait faire un rapport sur les fouilles de l'ancienne église des Célestins, il eut à examiner des crânes humains mis au jour dans ces fouilles. Les études craniologiques étaient alors assez rares ; elles n'étaient guère que du ressort d'une Société ethnologique de Paris, fondée en 1838 par William Edwards, mais qui se perdait en controverses sur la création de l'homme, sur les doctrines du monogénisme et du polygénisme et sur l'émancipation des nègres. Elle devait disparaître, d'ailleurs, en 1848, après que la République eût aboli l'esclavage dans nos colonies.

Broca, ainsi amené à l'étude de ces questions d'ethnologie et d'origine des espèces, observa certains faits d'hybridité et de fécondité des métis d'espèces, chez des léporides, produit du croisement du lièvre et du lapin. Ces faits, qui étaient contraires au monogénisme et au dogme de Cuvier, il les exposa en janvier et février 1858 à la Société de Biologie ; mais Rayer, le président, inquiet de voir soulever une discussion qui touchait à la religion, pria Broca de mettre fin à ses communications. C'est dans le *Journal de physiologie* que parut le travail sur l'hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier.

Broca sentit alors la nécessité de fonder une société indépendante pour l'étude des questions anthropologiques. La tâche était difficile, car il n'arriva péniblement qu'à grouper dix-huit collègues. Et puis, les lois en vigueur sous l'Empire n'étaient pas accueillantes aux sociétés dont le programme pouvait s'écarter des opinions bien pensantes. Il fut interdit à la nouvelle compagnie, comme à Figaro, de rien dire contre l'ordre social, la religion, le gouvernement, et la présence à ses séances d'un agent de police en bourgeois lui fut imposée. Mais le gendarme était bon enfant et il lui arriva de demander un congé que Broca, sans pitié, parce qu'il se défiait des indiscrétions et des représailles administratives, se garda bien de lui octroyer.

La première séance se tint le 19 mai 1859 et l'autorisation officielle ne fut accordée qu'en 1861 ; puis sous le ministère plus libéral de Duruy, en 1864, la Société fut reconnue d'utilité publique.

Elle prit le nom de Société d'anthropologie : l'anthropologie, c'était, comme Broca la définissait, l'étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature. Programme d'une grandeur singulière ! La zoologie, l'anatomie comparée, la physiologie, la géologie et la paléontologie, l'archéologie préhistorique, la linguistique, la mythologie, l'histoire, la psychologie, la pathologie n'étaient que des branches de l'arbre majestueux. Il fallait un esprit encyclopédique comme celui de Broca pour fonder une telle société, la diriger, l'animer. Il en resta jusqu'à sa mort le secrétaire général et l'on a pu dire avec raison qu'il en fut l'âme. Rien de ce qui est humain ne pouvait rester étranger à la jeune société dont le vers de Térence était la vraie devise. Elle devait étudier l'homme à travers les âges de sa vie et ceux de son histoire, s'enquérir de sa constitution, de ses variations, de ses faits et gestes et de toutes ses œuvres, œuvres de sa chair, œuvres de ses mains, œuvres de sa pensée.

L'ampleur de son programme contrastait étrangement avec l'exiguïté de ses moyens, mais peu à peu ceux-ci, grâce à Broca, s'accrurent. En 1867, il put installer un laboratoire d'anthropologie à l'École pratique, dans deux petites pièces au-dessus du musée Dupuytren : Hamy fut son préparateur et le savant qui préside aujourd'hui la Société d'anthropologie, M. Manouvrier, y fit ses débuts sous la direction du maître. Ce laboratoire fut rattaché l'année suivante à l'École des Hautes-Études. La *Revue d'anthropologie*, fondée en 1872, publia les travaux de la Société, ainsi que ceux qui se faisaient de tous côtés à son exemple. Puis, en 1875, l'École d'anthropologie devint pour elle un organe d'enseignement et de propagande : elle s'installa dans un grenier de l'église des Cordeliers, au second étage des bâtiments du musée Dupuytren, cédé gracieusement par le doyen Adolphe Wurtz. Avant même l'ouverture des cours, l'École en projet était dénoncée comme vouée aux idées matérialistes et athées : si bien que l'autorisation d'enseigner ne fut accordée qu'annuellement et individuellement à chaque professeur. L'inauguration eut lieu le 15 décembre 1876 et Broca y prononça un discours magistral qui traçait le vaste programme de l'anthropologie et qui était un magnifique plaidoyer *pro domo*.

Tandis qu'il déployait ses remarquables talents d'organisateur, il donnait aussi l'exemple du travail scientifique. Il introduisait d'emblée dans les études anthropologiques la précision mathématique, imaginant nombre d'instruments pour obtenir des mesures exactes en craniologie et anthropométrie. La liste en est longue ; ce sont : le craniographe, les goniomètres, goniomètre flexible et goniomètre d'inclinaison, goniomètre occipital, goniomètre auriculaire et demi-goniomètre facial, le cranioscope, le crochet sphénoïdal, le stéréographe, le cadre à maxima, le compas micrométrique, l'équerre flexible auriculaire, le porte-empreinte intracranien, l'endographe, l'endomètre, le pachymètre, la roulette millimétrique, le crochet turcique, les sondes optique et acoustique, le double disque à recomposer le compas, le cyclomètre. Il rédigeait, dès 1865, des *Instructions générales pour les recherches et observations anthropologiques* suivies, en 1875, d'*Instructions craniologiques et craniométriques*.

En outre, il publiait des travaux originaux sur la nomenclature et la morphologie du cerveau, sur la topographie craniocérébrale, sur le grand lobe limbique et la scissure limbique dans la série des mammifères, sur les centres olfactifs, sur les primates, sur les troglodytes de la Vézère, sur les amulettes crâniennes. S'il s'écartait en plus d'un point des données classiques, il protestait néanmoins contre les exagérations de la théorie de la sélection naturelle lentement progressive qui considérait les êtres vivants comme les anneaux réguliers d'une

© BIU Santé

chaîne ininterrompue. Peu lui importaient les conséquences qu'on pouvait tirer de ces recherches à l'égard des dogmes et des théories. « La science, disait-il, ne doit relever que d'elle-même et ne saurait se plier aux exigences des partis ; elle est la déesse auguste qui trône au-dessus de l'humanité pour la diriger et non pour la suivre. » Et s'il ne pouvait faire accepter ce qu'il avait trouvé, il ne s'en indignait point et laissait faire au temps. « Une vérité nouvelle, dressée à l'encontre des préjugés de nos maîtres, écrivait-il à Pouchet, n'a aucun moyen de vaincre leur hostilité. Il n'y a ni raisonnement, ni faits qui vaillent, leur mort seule peut en triompher. Les novateurs doivent s'y résigner et savoir attendre l'arrivée de cette alliée, comme les Russes attendaient l'arrivée du général Hiver. »

A l'Ecole d'anthropologie, Broca faisait deux leçons par semaine ; il professait l'anthropologie anatomique. Dans la petite salle de cours un public nombreux l'écoutait. Je fus de ses auditeurs en 1879 et ne puis me rappeler sans une reconnaissance émue ces leçons si précises, si documentées et si vivantes. Il n'était pas orateur, mais néanmoins professeur admirable. Son corps robuste, sa tête droite, au front large et découvert, surmonté de cheveux qui retombaient en boucles, ses yeux vifs et son regard clair sous des sourcils en brousailles, ses lèvres larges d'où sortait une voie chaude et sonore dont s'emplissait l'amphithéâtre, ses gestes amples donnaient l'impression d'un travailleur solide et d'un lutteur vigoureux. « Il cherchait le mot, dit son élève préféré, son compatriote Paul Reclus, et son effort se traduisait par un énergique mouvement en avant du bras et de la tête, mais ce mot, il le trouvait vite et magnifique de précision. » Lorsqu'il disparut, Mathias Duval lui succéda. Quel contraste entre ces deux hommes ! Grand, élancé, à la barbe soignée, aux gestes rares et pleins d'élégante souplesse, Duval, dans une langue impeccable, exposait admirablement quelques sujets familiers. Une articulation parfaite, des intonations variées, un débit artistement réglé corrigeaient ce que sa voix avait d'un peu fluet. Sur son clavier un peu court, il égrenait des notes cristallines, et tout paraissait simple et limpide à l'auditoire charmé. Il semblait s'appliquer à lui cacher tout les obstacles, que Broca aimait, au contraire, à lui faire toucher.

Bien que l'anthropologie absorbât une grande partie de son temps, Broca continuait son enseignement à la Faculté où il avait été nommé professeur de pathologie externe en 1867, pour passer bientôt à la clinique chirurgicale, d'abord à la Pitié, puis à l'Hôpital des cliniques.

Ses convictions politiques, dans lesquelles il mettait la même ardeur que dans tout ce qu'il faisait, ne l'entraînèrent point pourtant, pendant toute la durée de l'Empire, à une participation active qui l'eût, dans l'opposition surtout, détourné de ses travaux. Mais en 1870, à la chute du régime impérial, il devint membre du conseil général qui gouverna l'administration de l'Assistance publique et il dirigea, pendant le siège de Paris, une ambulance installée dans l'hôtel de Chimay. Pendant la Commune, le délégué qui faisait fonction de directeur de l'Assistance publique étant parti pour Versailles avec le Gouvernement, sans prendre de mesures pour la sécurité de la caisse, et les fédérés occupant le siège de l'Administration ainsi que l'Hôtel de Ville tout proche, Broca n'hésita pas à emporter toutes les valeurs dans des sacs, de nuit, pour les cacher à la Charité, laissant à la garde du caissier quelques milliers de francs dont les fédérés, perquisitionnant le lendemain, s'emparèrent, non sans désappointement. Pendant ce temps, les sacs précieux prenaient le chemin de Versailles, dissimulés sous des pommes de terre dans une charrette. Il y en avait pour 75 millions. Broca rappelait plus tard qu'il n'avait jamais été gratifié, pour cet acte qui n'allait pas sans risques, d'aucun remerciement. Il est vrai qu'en 1871 on le nomma chevalier de la Légion d'honneur, mais il avait reçu déjà cette distinction trois ans plutôt, après l'avoir une première fois refusée en 1848, parce qu'il ne la pouvait partager avec deux de ses camarades d'internat qui avaient, au même titre que lui, donné leurs soins aux blessés de la Révolution.

Pendant la guerre civile qui suivit la guerre étrangère, Broca, de son appartement, au coin de la rue des Saints-Pères et du quai, avait vu les incendies de la Commune, et ceux de la rue de Lille avaient menacé sa demeure. De tels spectacles ne s'oublient pas. Soucieux du relèvement de notre pays, au lendement de nos désastres, il fut l'un des fondateurs de l'Association française pour l'avancement des sciences ; il siégea dans son conseil d'administration et en fut le vice-président en 1876.

Notre Compagnie l'avait élu dans la section de médecine opératoire, en remplacement de Malgaigne, en 1866, et l'avait porté à la vice-présidence en 1880 : la mort l'empêcha de passer à la présidence et ce fut Legouest qui l'y remplaça.

Le premier Sénat de la République, s'honorant d'appeler à soi pour se compléter des notabilités scientifiques, nomma Broca sénateur inamovible en 1880. Il n'y fit guère que rédiger un rapport sur l'enseignement secondaire des jeunes filles. A l'une des séances, il fut pris d'un malaise subit, rentra chez lui et quelques heures plus tard expira dans un accès d'angine de poitrine, le 9 juillet 1880. Il n'avait que cinquante-six ans.

Il laissait deux fils qui perpétuèrent l'éclat de son nom, tenant chacun une place brillante dans la chirurgie et la physique biologique, continuateurs à la troisième génération d'une de ces dynasties médicales dont l'Académie et la Faculté gardent la noble tradition.

Un sort cruel, hélas ! nous prive aujourd'hui de la présence à cette solennité de l'un de ces fils dont la chirurgie porte le deuil récent et qui eût occupé aussi dans notre Compagnie une place honorable. C'eût été pour votre secrétaire général un plaisir bien doux, dont il se promettait la joie, que de pouvoir donner aux deux frères réunis le même témoignage affectueux de sa vieille amitié, en même temps que de glorifier publiquement le savant qui honora son pays et fut le bon serviteur de l'humanité.

Toutes les fondations anthropologiques de Broca — et c'était, peut-on dire, l'anthropologie tout entière — quoique fort ébranlées par sa fin brutale, n'en restèrent pas moins debout, tant il en avait assuré la solidité.

Frappé en pleine puissance de travail, les infirmités de l'âge lui furent épargnées avec les regrets que laisse de surcroît une activité amoindrie. Mais, s'il eût vécu davantage, combien se fût-il réjoui de voir les progrès de ses créations, auxquels il n'eût pas manqué de prendre une part nouvelle. Depuis son avènement, l'anthropologie n'a pas cessé de gagner en importance scientifique et sociale.

Quel passionnant problème que l'origine de l'humanité, dont notre collègue M. Capitan nous entretenait il y a quelques mois ! Combien Broca eût-il pris d'intérêt à la découverte de ces crânes préhistoriques, dont l'étude nous laisse déchiffrer les mœurs et les aptitudes de nos plus lointains ancêtres ! Est-il plus merveilleuse épopée que l'aventure de l'homme primitif, égaré dans la nature hostile et s'élevant, par de millénaires efforts, à cette royauté sur la terre qu'il s'attribue avec quelque prétention peut-être, mais non tout à fait sans droit ?

Il n'est certes pas pour notre entendement de plus captivant problème, s'il en est de plus grands. Au surplus, rien n'est grand, rien n'est petit dans la nature, au regard du savant, ou plutôt tout est grand pour nos faibles yeux. Suivant une comparaison qui plaisait à Ranvier, le globule blanc qui roule obscurément dans notre sang n'est pas un objet de moindre importance pour l'étude que l'astre étincelant qui se meut dans l'immensité des cieux. Microscope et télescope sont égaux au service de la science.

Voyez combien misérable à sa naissance est le petit de l'homme ! Pauvre roitelet de la création qu'une couronne écraserait et dont maint animal ne ferait qu'une bouchée ! Nu, incapable de se défendre du froid, de se nourrir, de marcher, que dis-je ? de ramper, incapable de tout, sauf gémir sa misère ! Et quand il parut sur la terre, combien semblait-il inférieur à tant d'autres êtres, ses aînés, l'homme primitif, tapi dans des cavernes fuyant l'ennemi qui de toutes parts l'assaillait ! Mais déjà le roseau pensait. Debout parmi les animaux, cet homme lève ses regards au ciel. Sa main, libre d'entraves, affranchie du poids de son corps, à mille usages s'emploie. Au cours de longs siècles, l'homme apprend à chasser sa proie, à se tailler des armes et des outils, à se construire des abris, à se tisser des vêtements. Il domestique des animaux et fait lever des moissons. Il arrache le feu du ciel et dompte les éléments. Citoyen

© BIU Santé

du monde, il parcourt les terres, les mers, et puis les airs. Il lutte contre la maladie et fait reculer la mort. Il imagine un langage qui rend les nuances les plus délicates de ses pensées, et que n'arrêtent ni temps, ni l'espace. Il cultive en son sein la fleur de l'idéal et connaît la douceur de vivre. Animal politique, dira Aristote, il se groupe en sociétés : familles, clans, nations et peut-être un jour Etats-Unis des bonnes volontés. Singulier mélange de faiblesse et de force ! En tout son être et dans tous ses actes, il y a de l'ange, il y a de la bête : un Pascal peut à son gré rabaisser l'un, rehausser l'autre.

Cette science de l'humanité, qui nous dévoile toute l'histoire de cette prodigieuse évolution, avait bien de quoi séduire le noble esprit du fondateur de l'anthropologie. Grâces lui soient rendues d'en avoir tracé le plan et compris la grandeur.

Mais pourquoi faut-il qu'après s'être délivré de tant de dangers qui le menaçaient, l'homme n'ait encore de pire ennemi que son semblable ? N'est-ce donc que dans les mots qu'humanité est presque synonyme de bonté ? Ayons néanmoins l'espérance et la foi que cette marche au progrès qui se poursuit depuis tant de milliers d'années, ne saurait s'arrêter, et travaillons à hâter la venue du jour où définitivement s'établira la paix parmi les hommes.

Prix décernés en 1924.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 1.000 francs. M. le Dr Hébert, de Nantes : *L'enfant du marin pêcheur au Raz-de-Sein.*

PRIX APOSTOLI. — 800 francs. M. le Dr Stéphen Portret, de Paris : *Sur le traitement électrique du syndrome de Basedow (en cas d'échec de la radiothérapie).*

PRIX BAILLARGER. — 2.500 francs. M. le Dr Maurice Ducosté, médecin de l'Asile de Villejuif : *Des asiles de sûreté ; de leur organisation en France et à l'étranger et des sujets qui doivent y être internés.*

PRIX DU BARON BARBIER. — 2.500 francs. M. le Dr Rieux, de Paris : *Hématologie clinique.*

PRIX BERRAUTE. — Un titre de 3.092 francs de rente. 1.546 francs à M. le Dr Champy, de Paris : *Série de travaux sur la question du cancer et sur la question des cultures de tissus qui lui est connexe* ; 1.546 francs à M. le Dr Albert Peyron, de Paris : *Tumeurs des glandes génitales. Hermaphrodisme* (t. I. et II).

PRIX CHARLES BOULLARD. — 2.000 francs. M. le Dr René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine : *Thérapeutique psychiatrique.*

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1.200 francs. M. le Dr André Jacquelin, de Paris : *Contribution à l'étude clinique et pathogénique des manifestations broncho-pulmonaires des rénaux et des cardio-rénaux.*

Mention très honorable à M. le Dr Jean Firket, de Liége : *Recherches sur le régénération des plaquettes dans l'intoxication par la saponine et après défibrination du sang.*

PRIX HENRI BUIGNET. — 1.600 francs. M. le Dr Georges Bourguignon, de Paris : *La chronaxie chez l'homme. Etude de physiologie générale (normale et pathologique) des systèmes neuro-musculaires et sensitifs.*

PRIX CAPURON. — 1.800 francs. M. le Dr Paul Mathieu, de Brides-les-Bains

PRIX MARIE CHEVALIER. — 9.000 francs. MM. les Drs A. Boquet et L. Negre, de Paris : *Série de travaux sur la tuberculose.*

PRIX CHEVILLON. — 2.500 francs. MM. les Drs A. Chalier de Lyon et H. Mondor, de Paris : *Cancer du rectum.*

PRIX CLARENS. — 500 francs. M. le Dr André Monéry, médecin-major de 1re classe, Paris : *Traité pratique d'hygiène appliquée à l'Afrique du Nord.*

PRIX DESPORTES. — 1.500 francs. 500 francs à M. André Larsonneau, de Paris : *Recherches sur les alcaloïdes volatils des feuilles de belladone* ;

500 francs à MM. les Drs Roubaud, de Paris et Descazeaux, de Santiago (Chili) : *Contribution à l'histoire de la mouche domestique comme agent vecteur des habronémoses d'équidés. Cycle évolutif et parasitisme de l' « Habronema megastoma » (Rudolphi, 1819) chez la mouche. — Deuxième contribution à l'étude des mouches dans les rapports avec l'évolution des habronèmes d'équidés* ;

250 francs à MM. les Drs Pic et Bonnamour, de Lyon : *Phytothérapie. Médicaments végétaux* ;

250 francs à M. le Dr Marcel Robineau, des troupes coloniales : *La prophylaxie et le traitement de la lèpre chez les races primitives de l'Afrique équatoriale.*

Mention honorable à MM. les Drs J. Gaté et G. Papacostas, de Lyon : *Contribution à l'étude expérimentale des associations microbiennes dans la diphtérie.*

PRIX GEORGES DIEULAFOY. — 2.000 francs. MM. les Drs Sicard et Forestier, de Paris : *Application de l'huile iodée à l'exploration radiologique.*

FONDATION FERDINAND DREYFOUS. — 1.400 francs. Les arrérages de cette fondation sont décernés à titre d'encouragement à M. Jean-Lucien-Hippolyte Meyer, de Paris.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. Une récompense de 500 francs à M. Lanos, pour son rapport sur les eaux de Beaucens en 1923 et une somme de 1.500 francs pour sa mission à Uriage ; une somme de 1.500 francs à M. Barreau, pour sa mission à Bourbon-Lancy ; une somme de 1.500 francs à M. Renault, pour sa mission à Royat.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN. — 1.500 francs. 750francs à MM. les Drs Reverchon et Worms, de Paris : *La radiographie en oto-rhino-laryngologie (sinus et mastoïde)* ;

750 francs à M. le Dr R. Monceaux, de Paris : *Le métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire.*

Mentions honorables à MM. Hanns, de Strasbourg : *Série de travaux sur l'élimination de l'albumine* ; André Plichet, de Paris: *La leucocytose digestive. Analyse et essai d'interprétation.*

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 2.000 francs. M. le Dr Charles Fouquet, de Paris : *La syphilis du cœur et des vaisseaux sanguins.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. M. le Dr Ivan Bertrand, de Paris : *Les processus de désintégration nerveuse.*

PRIX ITARD. — 2.400 francs. M. le Dr Paul Savy, de Lyon : *Précis de pratique médicale* (2 volumes) ;

Mention honorable à M. le Dr A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier : *La pratique de l'héliothérapie.*

PRIX LABORIE. — 6.000 francs. MM. les Drs Léon Bérard, et Charles Dunet, de Lyon : *Le cancer thyroïdien.*

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. M. le médecin-inspecteur général Lasnet : *Notes de morbidité comparée parmi les divers contingents indigènes de l'armée du Rhin.*

Mention honorable à M. le Dr Hamet, de Brest : *Les pleurésies purulentes grippales à streptocoques, leur traitement.*

FONDATION LAVAL. — 1.200 francs. M. Léon-Auguste Huet, étudiant à Paris.

PRIX LEVEAU. — 2.000 francs. M. le Dr Tiffeneau, de Paris : *Sur de nouveaux hypnotiques de la série barbiturique avec ensemble de travaux sur des recherches chimiques et pharmacodynamiques.*

PRIX CLOTILDE LIARD. — 5.000 francs.— M. le Dr G. Ramon, de Garches : *Ensemble de publications sur la toxine et l'antitoxine diphtérique.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. M. le Dr Daniel Santenoise, de Paris : *De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente.*

PRIX MAGITOT. — 1.000 francs. M. le Dr A. Siffre, de Paris : *Odontologie, stomatologie.*

PRIX MAGNAN. — 3.500 francs. MM. les Drs Arsimoles et Cain, maison de santé de Hoerdt (Bas-Rhin).

Mention honorable à M. le Dr Etienne Gay, à Toulouse.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.600 francs. M. le Dr E. Escat, de Toulouse : *Surdités progressives et otospongiose.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE.— 1.500 francs. 500 francs à M. le Dr Bouffard, des troupes coloniales : *Le paludisme en Emyrne, étude prophylactique et thérapeutique* ;

500 francs à M. le Dr E. Jamot, des troupes coloniales, Paris: *La lutte contre la maladie du sommeil en Afrique équatoriale française* ;

250 francs à MM. les vétérinaires-majors de 2e classe Henri Velu et Jean Barotte : *L'anémie infectieuse des équidés. Etude*

© BIU Santé

de l'affection au Maroc, d'après les recherches effectuées de 1913 à 1923 ;

250 francs à M. le Dr Peyrot, de Marseille : *Assistance médicale indigène et maladies sociales aux colonies. Etude de médecine sociale et coloniale.*

PRIX OULMONT. — 2.800 francs. Un prix de 1.400 francs à M. Pierre-Charles-Paul Moulonguet, interne ;

Un prix de 400 francs à M. Paul-Georges Lemariée, interne.

PRIX PANNETIER. — 4.000 francs. M. le Dr E. Wollman, de Paris : *Série de travaux sur les vitamines.*

PRIX POTAIN. — 2.400 francs. M. le Dr Lutembacher, de Paris : *Série de travaux sur les maladies du cœur et des poumons.*

PRIX SABATIER. — 600 francs. M. le Dr Gabriel Bidou, de Paris : *Nouvelle méthode d'appareillage des impotents.*

Mention très honorable à M. le Dr Aimé Mouchet : *Les artères coronaires du cœur chez l'homme.*

Mentions honorables à MM. les docteurs : Philippe Bellocq, de Strasbourg : *L'os temporal chez l'homme adulte* ; A. Bujadoux, de Lyon : *Contribution à l'étude du réflexe photo-moteur. La réflexométrie pupillaire* ; E. Gaujoux, de Nîmes : *Essai critique sur la protection légale de la maternité en France* ; René Giroux, de Paris : *Le bruit de galop. Valeur séméiologique. Diagnostic. Traitement* ; Charles Lefevre, de Toulouse : *La période pré-opératoire* ; Schauenberg, de Genève et Kotzareff, de Constantinople : *Hétéro-greffes et anaphylaxie (leur influence sur le shock anaphylactique).*

PRIX SAINTOUR. — 5.000 francs. M. le Dr Noël Fiessinger, de Paris : *Les ferments des leucocytes en physiologie pathologie et thérapeutique générales.*

Mention très honorable à MM. les Drs Louis Brin et Léon Giroux, de Paris : *Syphilis du cœur et de l'aorte.*

PRIX STANSKI. — 1.500 francs. M. le Dr Paul Hauduroy, de Paris : *Etude sur une épidémie de fièvre typhoïde. Le rôle du bactériophage de d'Hérelle.*

PRIX TARNIER. — 4.500 francs. M. le Dr Vignes, de Paris : *Physiologie obstétricale normale et pathologique.*

Mention honorable à M. le Dr Paul Bouquet, de Brest : *Etude physio-pathologique complémentaire de l'organisme féminin en fonction de reproduction.*

PRIX VAUTRIN-GEORGE. — 1.000 francs. M. Liot, de Paris : *Culture du bacille pyocyanique sur milieux chimiquement définis.*

PRIX VERNOIS. — 800 francs. 400 francs à M. le Dr Henri Lorion, de Paris : *Les méthodes bacilloscopiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire* ;

400 francs à M. le Dr Maurice Boigey, de Joinville-le-Pont : *Manuel scientifique d'éducation physique.*

Service des épidémies. — 1922. — 1° *Médailles de vermeil*, à : MM. les docteurs Barthe, de Bordeaux ; Basserres (François-Pierre), médecin inspecteur général ; Briau ; Lasnet, médecin inspecteur général ; Lévy, médecin principal de 1re classe ; Loir, du Havre.

2° *Rappel de médaille de vermeil*, à : M. le Dr Ginestous.

3° *Médailles de bronze*, à : MM. les docteurs Balland (Loir-et-Cher) ; Bolot (Haute-Saône) ; Cuisset (Nord) ; Despeignes (Savoie) ; Dujardin (Nord) ; Guillaud (Savoie) ; Grand (Tarn) Lasserre (Basses-Pyrénées) ; Mayoti (Hautes-Alpes) Monges (Bouches-du-Rhône).

1923. — 1° *Rappel de médaille d'or*, à : M. le Dr Bauzon, de Chalon-sur-Saône.

2° *Rappel de médailles de vermeil*, à : M M. les docteurs Ginestous, de Bordeaux ; Paquet, de Beauvais.

Services des eaux minérales. — 1923. — 1° *Médaille de vermeil*, à : M. le Dr Amblard, de Vittel.

2° *Médailles de bronze*, à : MM. les docteurs Alquier, de Vichy ; Blum (Paul), de Strasbourg ; Gaehlinger, de Châtel-Guyon ; Porcheron (L.), de Marseille ; M. Léonardon, de Paris ; Société des médecins de Chatel-Guyon.

Service de la vaccine. — 1° *Médaille d'or d'honneur*, à : M. le Dr Fillassier, de Paris.

2° *Rappel de médaille de vermeil*, à : M. le Dr Gourichon, de Paris.

3° *Médailles de vermeil*, à : MM. les Drs Chastanet, de Paris ; Gilbert-Lasserre, de Bordeaux ; Holtzmann, de Strasbourg ; Tanon, de Paris.

4° *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Aublant, de Montpellier ; Bourdier, de Paris ; Carrié, de Saint-Martin-de-Londres (Hérault) ; Céard (L.), de Colomb-Béchar (Sud-Oranais) ; Dubreuil, de Bordeaux ; Dujarric de la Rivière, de Paris ; Gresset, de Paris ; Legendre, de Lattaquié (Syrie) ; Ronzier-Joly, de Clermont-l'Hérault ; Sebillotte, de Paris ; Soulagnes, de Pézenas (Hérault) ; Villejan, de Cherbourg.

5° *Médailles de bronze*, à : MM. les Drs Chardin, de Montreuil (Seine) ; Chevé (Alexis-Paul), de Paris ; Dermer, de Saint-Denis (Seine) ; Doucet, Fénard, Finot, de Paris ; Genevray, de Nouméa ; Hischmann, Lafond, Lévy, Oppenheim, de Paris ; Rancurel, de Villemonble (Seine) ; Tertois, de Bagneux (Seine) ; Vauthier, de Paris.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde :

1° *Médaille de vermeil*, à : M. le Dr Gaujoux (E.), de Nîmes ;

2° *Médailles de bronze*, à : MM. les docteurs : Boivin, de Bruz ; Bourlonx, de Villenave-d'Ornon (Gironde) ; Deseuche, à Saint-Aignan-sur-Roé (Mayenne) ; Duchenne, de Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure).

LETTRE DE LYON

Le centenaire de Joseph Rollet

Le 30 novembre 1924, nous avons célébré à Lyon le centenaire de Joseph Rollet.

Ce fut une fête pour la Médecine Lyonnaise de pouvoir réunir, trente ans après sa mort, une assemblée unanime à reconnaître les mérites de notre concitoyen, et à lui tresser une vraie couronne d'immortalité scientifique.

Le *Progrès Médical*, en annonçant cette solennité par la plume autorisée de Schulmann, a relaté le 29 novembre la vie scientifique de Rollet, et les raisons que le monde médical a de lui décerner les éloges auxquels il a droit.

Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet, les choses qu'il fallait dire ont été dites et bien dites dans ce journal. Il nous faut seulement rapporter ce que fut cette journée du 30 novembre à Lyon.

Le matin, à l'Hôpital de l'Antiquaille, les médecins dermatologistes et vénéréologistes avaient été conviés dans cet asile séculaire des maladies de la peau.

Dans la salle du conseil d'administration de l'Hôpital, un administrateur-médecin, le Dr Carle fit l'histoire abrégée de ce vieil hôpital. De là, on passa à la visite du Musée Delore, et du Musée de la Clinique Dermatologique. Pour la circonstance, la famille Rollet avait satisfait délicatement la curiosité, en mettant sous les yeux des visiteurs toute une série de diplômes et de titres de Joseph Rollet, constituant une gerbe de documents intéressants.

Vers midi, le professeur Nicolas recevait à déjeuner toute la nombreuse assistance dans le réfectoire de la communauté de l'Antiquaille.

Ce fut là une véritable réunion des dermatologistes lyonnais, heureux de se trouver réunis avec tant de collègues venus de partout, et de montrer, groupés autour du professeur Nicolas, que l'Ecole de l'Antiquaille était toujours debout, bien vivante, pour soutenir le flambeau que lui ont transmis les générations antérieures dont Joseph Rollet fut un des porteurs, le plus éminent à coup sûr.

© BIU Santé

Parmi les invités étrangers à la ville de Lyon, signalons les médecins suivants : Dr Thibierge et de Lapersonne, délégués de l'Académie de médecine ; le Prof. Jeanselme, délégué de la Faculté de Paris, de la Société de Dermatologie, de la Société d'histoire de la médecine ; les Drs Hudelo, Ravaut, Milian, Louste, de Saint-Louis ; Lévy-Bing, Clément-Simon, Bizard, Fernet, de Saint-Lazare ; Pautrier, de Strasbourg ; Spillmann, de Nancy ; Truc, Margarot, de Montpellier ; Gaujoux, de Marseille ; Nanta, de Toulouse ; Hugel, de Strasbourg ; Oltramare, du Bois, de Genève ; Lespine, de Bruxelles ; Payenneville, de Rouen ; Bonnet, de Nice ; Gastou, Rabut, Schulman, Barthélemy, Bory, chefs de clinique et assistants à l'hôpital Saint-Louis ; Melchior du Rabert ; Vigne, de Marseille ; Laurent, de Saint-Etienne ; Juvin, de Grenoble.

Les Sociétés de Dermatologie belge, italienne, espagnole, russe, et les professeurs de syphiligraphie de toutes les universités avaient envoyé leurs hommages et leurs excuses.

Le soir, la fête fut moins spécialisée, plus généralisée comme pour montrer que les découvertes de Rollet ont débordé l'Antiquaille pour inonder les autres hôpitaux ; que toute la médecine doit retirer de ses travaux, des bienfaits évidents, car enfin toute vérité est d'ordre général.

Dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, vers quatre heures, une assistance nombreuse se pressait, avec les autorités civiles et militaires à leur rang. Les corps universitaire et hospitalier, les sociétés savantes avaient bien répondu à l'appel du Prof. Nicolas, président du Comité.

Le Ministre du travail et de l'hygiène, Justin Godart, faisait son entrée au son de la *Marseillaise* écoutée debout par une assistance où les toilettes féminines variaient la ceinte uniformément verte des fauteuils.

De suite, le Dr Thibierge, commença son discours sur Rollet et son œuvre. La lecture, faite avec gravité et recueillement, d'un ton un peu bas, fut entendue dans un silence parfait qui permit de suivre tous les détails de cette étude exprimée par une autorité incontestée, ce qui en doublait la valeur. On goûta particulièrement la péroraison très littéraire, sur la fusion de la rivière d'Ain avec le Rhône, et la comparaison des courants scientifiques avec les courants des rivières qui se mêlent et qui purifient rapidement leurs eaux du limon apporté accidentellement par les crues.

Le Prof. Déperet se leva pour excuser M. Bazy, délégué de l'Institut empêché, il lut la lettre écrite par ce dernier. Ensuite le Prof. Jeanselme, se leva, se courba pour lire d'une voix nette et bien timbrée un mémoire précis nous résumant les constatations et expériences qui nous donnent les raisons de croire que Rollet fit faire un progrès incontestable à la syphiligraphie.

Ce discours, me disait un confrère éminent à la sortie, respirait une profonde honnêteté scientifique.

Le Prof. Nicolas au nom du comité d'organisation, exprima les sentiments de tous les Lyonnais en remerciant les personnalités présentes d'avoir bien voulu venir se joindre à nous pour grossir le tribut que l'on voulait offrir à Rollet.

Dans des termes choisis, il sut trouver pour chacun le mot juste, sans hyperbole, alors que lui avait droit à toutes les félicitations pour la tâche qu'il avait assumée et menée à bien.

Enfin, le Ministre lut des lettres familières écrites par Joseph Rollet à sa famille en 1845, parla des idées de Rollet en matière de prophylaxie et d'hygiène des maladies vénériennes, le montrant comme un précurseur des ententes internationales.

Le Ministre nous énuméra ensuite ses projets actuels réalisés ou à l'étude sur l'hygiène.

Et ce fut fini, il était six heures. Et le soir, en revenant le long des quais du Rhône, dans la douceur de ce temps précurseur des rhumes et des bronchites saisonnières, nous pensions que Rollet a fait faire à la syphiligraphie un pas immense.

Que saurions-nous si on n'avait pas su qu'il y avait deux chancres, qu'il y avait un chancre mixte, et que les accidents secondaires étaient contagieux ? Si Rollet ne nous avait pas montré cela avec évidence, aurions-nous la notion actuelle du spirochète ? Serions-nous convaincus du rôle de la prophylaxie ?

Rollet aura, trente ans seulement après sa mort, l'avantage de voir ses mérites célébrés par ses concitoyens, ses confrères de tous pays. La postérité n'aura pas été longue à lui rendre pleine justice. On voit que la reconnaissance publique n'est pas toujours un vain mot.

Son fils, le Prof. Etienne Rollet, ses petits-fils Rollet et Lacassagne, ont toute raison d'être fiers de leur ascendant. Nous partagerons pleinement leur fierté après cette journée, et nous penserons souvent à Rollet l'Ancien.

E. Pallasse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1924.

La dernière séance de la société est précédée de la séance annuelle de la société internationale d'histoire de la médecine qui a pris, cette année, des dispositions en vue du Congrès de Genève de 1925. Elle attire toujours un grand nombre de membres étrangers qui apportent d'intéressantes communications.

Parmi ceux-ci, ***Tricot-Royer*** étudie *une épidémie de hoquet à Tournai en* 1413, qu'il a retrouvée décrite et chansonnée dans un manuscrit de la bibliothèque royale de Bruxelles. La chanson repose sur un jeu de mots qui rapproche le hoquet du hoqueton, vêtement porté au Moyen-Age par les paysans et les gens de guerre par-dessus le reste du costume. Tous sont atteints du hoquet, comme tous défilent dans les danses des morts. La contagion du hoquet est mentionnée dans le manuscrit ainsi que son remède : l'éternuement provoqué. Le *Banquet* de Platon contient une réplique d'Aristophane qui fait déjà allusion à cette thérapeutique que le chansonnier de Tournai expose plaisamment.

Les galants ne peuvent chanter, mais il leur faut éternuer. ***Ménétrier*** rappelle à ce propos que la coqueluche désignait à la fois une pièce de vêtement et une maladie épidémique, double acception qui prête aussi à des jeux de mots.

Greene Cumston commente *l'excellent petit livre de Pictor sur les calculs rénaux, publié en* 1557 : c'est une plaquette de 33 pages écrite dans la langue allemande du XVIe siècle et qui se trouve à la Bibliothèque de Strasbourg. Chez l'homme la fièvre est le résultat des humeurs visqueuses, produites par la cuisson incomplète des aliments indigestes. Il faut d'abord en prévenir la formation par un régime approprié (chap. III). Le diagnostic avec les coliques reste délicat. Les calculs des jeunes enfants, les hydronéphroses et les pyonéphroses sont décrites par Pictor. La thérapeutique du temps y est bien résumée.

Des observations anciennes d'idiosyncrasies héréditaires sont analysées par ***Hervé*** d'après le mémoire de Jean-Pierre Albrecht à l'Académie des curieux de la nature en 1690. La principale observation est celle de la femme du consul d'une ville allemande qui se purge avec quelques cuillérées de jus de veau. Il y a peut-être là un cas d'idiosyncrasie, mais il faut faire aussi la part de la suggestion, de l'éducation, qui peuvent entretenir une curieuse tradition familiale.

Delaunay cite, à l'appui des observations d'***Hervé***, un article de la *Presse Médicale* consacré à des crises d'asthme occasionnées par la présence de poils de chat dans l'air d'une salle, et au chapitre des venins, d'Ambroise Paré, le paragraphe consacré au venin aérien du chat, qui doit être rapproché de certaines conceptions actuelles sur les crises d'anaphylaxie.

Legendre a observé un cas d'idiosyncrasie à la suite d'ingestion de veau, mais apporte les mêmes réserves qu'Hervé quant

© BIU Santé

à la suggestion. ***Ménétrier*** donne une référence qui permet de retrouver toutes les observations anciennes, dans un des livres de Stahl. Le théoricien de l'animisme voyait là la preuve du rôle de l'âme sur le corps, puisqu'il ne s'agissait pas de contact physique.

Jeanselme, représentant plusieurs sociétés savantes, a fait à Lyon, l'éloge du syphiligraphe ***Rollet***, dans une réunion présidée par Justin Godart, Médecin de l'Antiquailles, contemporain de Ricord, Rollet sut s'élever au-dessus des préjugés de son temps et un des premiers, décrivit, sans l'aide du laboratoire, le chancre mixte, où s'associent le tréponème et le bacille du chancre mou. On lui doit aussi de bonnes études sur le chancre vaccinal de l'enfant, le chancre mammaire de la nourrice, le chancre buccal des verriers. Enfin il fut l'initiateur de la prophylaxie anti-vénérienne, renouvelée depuis la guerre par les efforts de la Ligue internationale.

Le banquet traditionnel, organisé par Laignel-Lavastine, réunit, le soir, au cercle de la Renaissance, les historiens étrangers et leurs collègues de Paris, consacrant un mouvement qui s'étend maintenant dans les cinq parties du monde.

Dr Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 décembre 1924.

Variations de la glycorachie dans les méningites microbiennes et dans les réactions méningées aseptiques. Leur signification diagnostique et pathogénique. — M. ***B.-J. Weissenbach***, à propos de la communication de M. G. Lemaire, faite le 21 novembre, rappelle, en les complétant, les conclusions de ses recherches. La persistance du pouvoir réducteur dans le liquide céphalo-rachidien, n'est pas un caractère de la stérilité de ce liquide, et l'inverse, la diminution ou la disparition du pouvoir réducteur, n'est pas un caractère de la présence de germes pathogènes dans ce liquide. Dans les épanchements purulents aseptiques, le germe, si tant est qu'il contribue directement pour une part à la disparition du pouvoir réducteur, agit surtout en provoquant l'afflux leucocytaire, en général plus massif que dans les épanchements puriformes aseptiques. Pour la détermination du caractère septique ou aseptique des réactions méningées en général, l'examen bactériologique prime les examens physique, chimique et cytologique. Il est donc indispensable de pratiquer dans chaque cas, en faisant appel à tous les procédés techniques, examen direct, cultures, inoculation et aussi de répéter ces examens au cours de l'évolution de la maladie. Pour la détermination du caractère septique ou aseptique des réactions méningées à liquide trouble, mais pour celles-ci seulement, à défaut des renseignements positifs fournis par l'examen bactériologique, le signe cytologique reste le seul signe permettant de distinguer les liquides septiques (altération des polynucléaires) des liquides aseptiques (intégrité des polynucléaires du professeur A. Widal).

Anurie mortelle par thromboses multiples des artères glomérulaires peut-être sous l'influence d'une intoxication par le sublimé. — MM. ***P. Ménétrier*** et ***M. Derville*** rapportent l'observation d'un cas d'anurie ayant déterminé la mort d'une malade en l'espace de six jours et paraissant, d'après les renseignements commémoratifs, pouvoir être attribuée à une intoxication par le sublimé, la malade ayant, quelques jours auparavant, pratiqué des injections vaginales avec des paquets de sublimé. De fait l'examen chimique des viscères a démontré la présence de mercure en quantité notable, plus particulièrement dans le foie. Mais les lésions anatomiques des deux reins se présentant sous la forme d'infarctus multiples en rapport avec la thrombose des artères sus-glomérulaires de la totalité de la substance corticale des deux reins, paraissent des lésions inhabituelles dans ce genre d'intoxication. Néanmoins, et élimination faite de l'intervention possible d'une infection causale, les auteurs cherchent à expliquer l'hypothèse d'une intoxication mercurielle, en admettant que cet agent toxique a primitivement déterminé la nécrose totale des épithéliums sécréteurs (ce qui d'ailleurs est son mode d'action habituel) mais que les accidents thrombosiques se sont produits secondairement sous l'influence d'une stase leucocytique, l'afflux des leucocytes étant localement provoqué par la nécrose des épithéliums et la thrombose des artères glomérulaires et sus-glomérulaires en rapport avec le territoire nécrosé étant la conséquence de cette stase leucocytique.

Un nouveau cas de polynévrite consécutive à une injection de sérum antitétanique. — MM. ***Souques, Lafourcade*** et ***Terris*** présentent un malade ayant reçu une injection préventive de sérum antitétanique. A la suite de cette injection apparaît une réaction sérique généralisée au cours de laquelle le malade présente un état de parésie des membres supérieurs avec atrophie musculaire généralisée et atteinte en particulier du groupe des muscles de la ceinture scapulaire.

Les réflexes tendineux sont affaiblis aux membres supérieurs et inférieurs, pas de troubles de la sensibilité. Les auteurs se demandent s'il ne faut pas rattacher ces troubles de polynévrite à des accidents anaphylactiques, le malade ayant reçu huit années auparavant une injection de sérum antitétanique.

Considérations sur les lois d'hérédité dans les affections à proportions mendeliennes. — M. ***René Bénard*** rapporte un certain nombre de faits qui lui permettent de compléter les lois de Mendel dans leurs rapports avec la pathologie ou la tératologie humaine. Ce sont, sous les noms de loi d'alternance et de loi d'aînesse, des dispositions qui semblent régler, au cours d'une même génération, l'apparition et le maintien de l'anomalie ou de la maladie familiale.

Préfentation d'un brassard compresseur brachial en acier. — M. ***Boulanger*** (présenté par M. Siredey).

Evolution bénigne chez un sujet atteint de néphrite chronique, d'une scarlatine traitée par l'injection de sang de convalescent. — M. ***J. Weissenbach*** rapporte l'observation d'un garçon de quatorze ans, atteint de néphrite chronique avec hypertension, albuminurie et azotémie oscillant autour d'un gramme d'urée par litre, qui contracta une scarlatine grave. Une injection de vingt-cinq centicubes de sang total citraté provenant d'un convalescent (cinquième semaine) fut injecté aussitôt, soit le troisième jour du début de la maladie. En moins de 24 heures, la température tombe de 40° à 37°, pour s'y maintenir, l'état général s'améliore, l'éruption s'atténue et la convalescence se poursuit sans complications. Le fonctionnement rénal reste pendant la durée de la maladie et la convalescence ce qu'il était auparavant et depuis, c'est-à-dire depuis six mois, s'est même amélioré légèrement. L'auteur discute le rôle de l'injection de sang sur l'atténuation de la scarlatine et la prévention des complications rénales. Il conclut que la préexistence de lésions rénales constitue une des indications principales du traitement de la scarlatine par les injections de sang ou de sérum de convalescent, et qu'il faut pratiquer celles-ci très précocement et à doses suffisantes.

M. ***Debré***. — L'injection de sang de convalescent arrête l'évolution de la scarlatine lorsqu'il y a immunité, d'où l'importance de l'intra-dermo-réaction en pareil cas.

M. ***Béclère***, à ce propos, insiste sur la rareté des récidives de scarlatine.

M. ***Debré*** en cite plusieurs cas.

M. ***Pinard*** en rapporte également un cas typique,

M. ***Bernard*** considère qu'il n'y a pas de criterium permettant de distinguer une scarlatine d'un rash scarlatiniforme, texception faite de la contagiosité.

M. ***Lesné*** a observé plusieurs cas de récidives, et pour lui un des meilleurs signes de la scarlatine est la desquamation de la langue.

M. ***Hallé*** a vu se reproduire 14 fois un érythème scarlatiniforme avec desquamation de la langue.

Election du secrétaire général et du bureau de la Société pour l'année 1925.

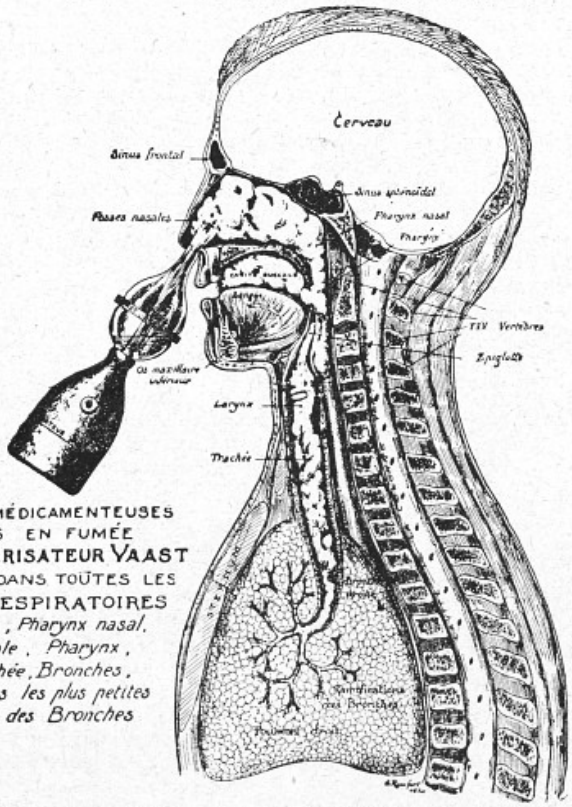
René GIROUX.

© BIU Santé

COUPE ANATOMIQUE

MONTRANT LE TRAJET, DANS LES VOIES RESPIRATOIRES DU BROUILLARD MÉDICAMENTEUX PROJETÉ PAR LE

PULVÉRISATEUR VAAST



LES HUILES MÉDICAMENTEUSES PULVÉRISÉES EN FUMÉE PAR LE PULVÉRISATEUR VAAST PÉNÈTRENT DANS TOUTES LES VOIES RESPIRATOIRES

Fosses nasales, Pharynx nasal, Cavité buccale, Pharynx, Larynx, Trachée, Bronches, & jusque dans les plus petites ramifications des Bronches

Pulvérisateur VAAST, 22, rue de l'Odéon, PARIS

GAÏACALCINE LATOUR

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant Modificateur des Sécrétions

PRÉSENTÉE en CACHETS . BOITES pour 15 JOURS de TRAITEMENT

Bronchite chronique Emphysème pulmonaire Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des Bronches. Catarrhe, Bronchite aiguë. Trachéo-Bronchite

Echantillons gratuits à MM^rs les DOCTEURS

VENTE EN GROS: LABORATOIRES LATOUR 17, Place des Vosges · PARIS

DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

ULCÈRE Hyper = CHLORHYDRIE COLITES

TABLETTE PERROUD

7, Rue des Archers, LYON

Pour traitement dissimulé de S présenire · Pilules Lémary A (pilules de Dupuytren Codex) Pilules Lémary B (pilules Ricord Codex) Pilules Lémary C (pilules au biiodure { biiodure de hydrargyre 0,005 milligr. iodure de potassium 0,25 centigr.) en pilules kératinisées

L'étiquette porte, le prospectus indique : pilules fortifiantes, dépuratives reconstituantes

R. C. Lyon : A. 10 37

ECHANTILLON ET LITTÉRATURE : **Laboratoire du Dr PHILIPPE, 14, rue du Palais-Grillet, LYON.**

OUATAPLASME

du Docteur Ed. LANGLEBERT

Adopté par les *Ministères* de la *Guerre*, de la *Marine* et des *Colonies*.

Pansement émollient, aseptique, instantané.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

IMPUISSANCE

SPERMATORRHÉE Ystaline NEURASTHÉNIE

Communications à l'Académie des Sciences (Séance du 26 Février 1917) et à la Société de Biologie (Séance du 17 Février 1917)

Littérature et Échantillons : Laboratoire d'Endocrinologie, 93, RUE BLANCHE, PARIS

(Dépôt : LEPRESTRE, Pharmacien de 1re classe.

© BIU Santé

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

L'hypertension de l'âge critique. Son traitement.

Dans un ouvrage récent sur l'*hypertension artérielle*, MM. LIAN et FINOT insistent sur l'hypertension de l'âge critique.

Entre 45 et 55 ans, l'organisme, disent-ils, entre dans un passage, périlleux quelquefois, presque toujours incommode. Chez la femme, c'est la période de la ménopause avec tous ses accidents, si souvent décrits ; chez l'homme, cette période de transformation génitale est moins tapageuse, mais ses retentissements sur l'organisme tout entier ne se font pas moins sentir et, dans les deux cas, on doit considérer l'hypertension comme l'élément fondamental de la pathologie de l'âge critique.

Les sujets qui ont atteint la cinquantaine présentent, sinon tous, au moins en grande majorité, une pression artérielle supérieure à celle des hommes de trente ans. D'autre part, la sclérose rénale est une compagne habituelle de l' hypertension et il est fréquent de voir coexister aussi avec elles, mais en général plus tardivement, un certain degré de sclérose artérielle (LIAN).

D'ordinaire, l'artério-sclérose apparaît après les deux premières, mais il existe des liens très intimes entre ces trois ordres d'accidents : hypertension, néphrosclérose, artério-sclérose et elles constituent un ensemble que LIAN dénomme élégamment « automnose ».

Dans l'apparition de ces phénomènes morbides, il est juste de faire une part aux déficiences de sécrétions endocrines ; les troubles provoqués par l'ablation chirurgicale de l'utérus et des ovaires le démontrent d'une façon nette ; mais il ne faut pas exagérer cette influence et faire également la part de la répercussion sur l'organisme des affections antérieures, des intoxications plus ou moins périodiques, du surmenage intellectuel et physique, en un mot de l'usure de l'organisme arrivé à la période de déclin de son activité.

En définitive, à cette période, le système nerveux surmené est hyperexcitable ; en particulier, le système sympathique exagère ses réactions sur les divers appareils ; le muscle cardiaque est forcé de fournir un travail exagéré par suite de la résistance artérielle qu'il a à vaincre en raison de la diminution d'élasticité et de la contracture spasmodique des fibres musculaires vasculaires ; les organes glandulaires d'élimination, en particulier, le foie et le rein, accomplissent imparfaitement leur travail d'élimination ; l'état général de l'individu et sa nutrition se ressentent forcément de ces perturbations et c'est ainsi que l'artério-sclérose s'installe sur l'hypertension.

La restriction alimentaire, surtout en aliments azotés, une hygiène morale et physique bien comprise, peuvent évidemment enrayer l'évolution de ce syndrome morbide ; mais il est nécessaire également de réduire l'hyperexcitabilité du sympathique, de tonifier le muscle cardiaque, de faire cesser le spasme vasculaire périphérique, d'améliorer la dépuration urinaire.

Pour cela il suffit d'employer la Guipsine, à la dose d'entretien de 3 à 4 pilules par jour, par cures de 15 à 20 jours consécutifs. Les glucosides, l'alcaloïde, l'inosite qu'elle renferme constituent une association qui répond à cette quadruple indication et les nombreuses observations de GAULTIER, de HUCHARD, de PIC et de leurs élèves, en France ; de FEDELI, de FUBINI, de TOBLER, à l'étranger, montrent nettement que sous son influence la tension sanguine s'abaisse progressivement, la diurèse chlorurée et azoturique s'accroît et les divers symptômes de l'hypertension et de l'artério-sclérose disparaissent peu à peu. C'est le véritable médicament de l'âge critique.



BIEN SPÉCIFIER pour boire aux repas

Vichy-Célestins

en bouteilles et demi-bouteilles

Vichy Grande-Grille

MALADIES DU FOIE & DE L'APPAREIL BILIAIRE

Vichy-Hôpital

Maladies de l'estomac et de l'intestin

R. C. Seine : 20.051.

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

TÉLÉPHONE : ELYSÉE 53 34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

La trilogie tuberculeuse de la vessie

Par le Dr CATHELIN,

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

La science ne s'établit et ne se stabilise que par une série de procès en revision ; il y a constamment des *faits nouveaux* qui légitiment de nouvelles investigations et conduisent souvent à des précisions inattendues et insoupçonnées ; tel est en particulier le cas de la tuberculose urinaire à forme réno-vésicale.

Jamais la formule souvent répétée : la vérité du jour est l'erreur du lendemain et inversement, n'a reçu ici une plus éclatante démonstration et il s'est passé sur cet intéressant sujet qui reste toujours d'actualité le même phénomène qu'on a observé il y a une trentaine d'années en matière d'appendicite.

On disait alors que le cæcum était tout, alors que l'appendice n'était rien jusqu'au jour où Talamon d'abord et Dieulafoy ensuite montrèrent que les rôles devaient être intervertis en faveur des lésions appendiculaires prédominantes et primitives.

De même autrefois, à la même époque, on disait en matière de tuberculose urinaire que le rein n'était rien et que la vessie était tout, alors qu'on sait aujourd'hui qu'il est classique et juste de dire tout le contraire.

Or, nous sommes arrivés à une période où il est permis, par l'accumulation des faits publiés et par une critique raisonnée, de se demander si cependant il n'y avait pas dans la formule ancienne une part de vérité et si la vessie en particulier peut reconnaître des modes divers d'infection.

En réalité et d'après notre expérience personnelle, nous pensons qu'il y en a trois, de valeur d'ailleurs inégale et dont il s'agit de bien préciser les caractères.

I. Tuberculose vésicale primitive.

La tuberculose primitive de la vessie, niée par certains auteurs, existe à n'en pas douter, mais elle est rare.

Au point de vue de la pathologie générale, il serait en effet surprenant et extraordinaire qu'elle n'existât pas, puisque tous les organes de l'économie sont frappés d'une façon inégale, c'est entendu, mais générale, par le bacille de Koch.

Peut-être les cartilages rentreraient-ils dans une classe privilégiée puisqu'ils sont souvent en effet respectés au cours des ostéites tuberculeuses des épiphyses, mais pour les viscères, la chose n'est pas douteuse.

Au point de vue pathogénique, la seule raison nous dit que la tuberculose vésicale primitive doit donc exister. Le contraire ne pourrait être soutenable que si l'on ne connaissait pas la fréquence de son infection secondaire, ce qui prouve combien ce réservoir est recherché par le bacille de Koch.

D'ailleurs, à l'époque de Dechambre (1876), de Jaccoud (1882), on attribuait toujours à la tuberculose vésicale un caractère primitif. On ne pensait même pas que cet organe en matière d'infection tuberculeuse fût commandé par un autre.

Par un de ces revirements si fréquents dans la science médicale, les auteurs actuels, dans un emballement inconsidéré, ont renversé les dogmes anciens à l'égal des statues païennes de l'antiquité et ont échafaudé un nouvel édifice dont on n'a jusqu'ici voulu voir que la façade ; or derrière elle, il reste encore bien des débris du passé et tout le monde l'a trop oublié. Pourquoi d'ailleurs la vessie présenterait-elle une immunité naturelle que rien ne justifierait.

Sous quelle forme apparaît donc l'infection tuberculeuse primitive ? D'abord sous forme de *simples granulations* qui ont toutes les allures de granulations primitives et qui ne sont que le stade avant-coureur de lésions ulcéreuses, ensuite sous forme de *lésions végétantes*, dont j'ai été, je crois, le premier en France à faire connaître il y a 10 ou 15 ans les caractères.

Il y a en effet tout un chapitre à écrire — ce que nous ferons un jour, — sur les *lésions tumorales ou hypertrophiques de la tuberculose urinaire*, tant dans le rein que dans la vessie, et nous avons cru remarquer que dans ces formes d'infection vésicale primitive, il n'y avait que peu ou pas de phénomènes de cystite qui, au contraire, est la règle dans la tuberculose vésicale secondaire.

II. Tuberculose vésicale secondaire à une tuberculose génitale préexistante.

Si les éléments sur lesquels on s'appuie pour diagnostiquer une tuberculose vésicale primitive ne restent malheureusement que des éléments de probabilité et que la preuve palpable peut ne pas toujours être fournie par suite des rapports anatomiques entre le rein et ce réservoir qui viennent singulièrement compliquer le problème étiologique, il n'en est pas de même de l'*infection tuberculeuse vésicale d'origine génitale*, car là on trouve un substratum anatomique qui a déjà emporté la conviction de beaucoup de chirurgiens.

On lira avec fruit sur ce sujet un intéressant mémoire d'un de mes assistants, le Dr G. Yvon, dans la 6e Série des Travaux annuels de l'hôpital d'Urologie et intitulé : *Rapports entre les tuberculoses urinaires et génitales*.

La génitalite externe ou interne, testiculo-épididymaire ou prostato-vésiculaire peut commander cette infection et j'en ai observé des exemples patents.

Ce mode de contamination est tellement réel que Saxtorph, au XIIIe Congrès international de chirurgie (1910) niait la tuberculose vésicale primitive du fait que sur 38 cas, il avait observé 32 fois la tuberculose rénale, 29 fois la tuberculose prostatique et 20 fois la tuberculose des vésicules séminales.

On conçoit évidemment que par suite des rapports intimes entre les deux systèmes, la contamination mutuelle soit fréquente. J'ai observé moi-même un cas qui *à lui seul* plaiderait en faveur de ce mode de contamination : un malade, gros banquier de province, présentait une cystite tuberculeuse abominable qui dura deux ans, avec fréquence mictionnelle allant jusqu'à l'incontinence ce qui lui rendait l'existence insupportable. Un chirurgien distingué, de mes amis, lui proposa la néphrectomie qu'il n'accepta pas. Je le suivis deux ans sans lui proposer rien d'héroïque mais aussi sans lui apporter le moindre soulagement, quand j'eus l'idée de lui proposer une double épididymectomie pour de vieilles lésions suppurées fermées épididymaires bilatérales, sans rien promettre d'ailleurs.

Le résultat fut inespéré et ne se fit pas attendre. *Dès le lendemain*, les mictions s'espaçaient sans douleur. Elles furent normales au départ de la maison de santé, quinze jours après, et depuis deux ans, il reste radicalement guéri.

© BIU Santé

Il faudrait évidemment être aveugle ou sourd pour ne pas, dans ce cas très net, attribuer à la génitalité une part exclusive dans la genèse de cette cystite grave et rebelle.

III. Tuberculose vésicale secondaire à une tuberculose rénale.

Nous sommes là en domaine connu et bien exploré, surtout depuis Albarran, notre maître à tous, et nous devons ces notions aujourd'hui classiques au triomphe de l'instrumentation, par la découverte du cystoscope et du cathétérisme urétéral.

Pour une fois, la clinique a marqué le pas et l'ingéniosité des chirurgiens n'a pu triompher que par l'innovation d'appareils nouveaux.

Nous avons assisté à l'éclosion de cette période aux côtés d'Albarran lui-même, et il est bien certain que dans l'immense majorité des cas, c'est la tuberculose rénale qui est primitive et qu'elle reste la plus grande pourvoyeuse de ces cystites épouvantables qui désolent nos malades et pour lesquelles nous ne sommes encore qu'insuffisamment armés. Dans cette forme, la grande dominatrice, c'est la tuberculose rénale et c'est ce qui explique le succès obtenu souvent après ablation du rein : la néphrectomie posée comme un dogme par Albarran, et la néphrectomie précoce, reste encore indiscutée aujourd'hui et légitime dans tous les pays du monde, surtout dans les formes franchement unilatérales et quelquefois dans les formes bilatérales à lésions prédominantes d'un côté.

Bœckel (de Strasbourg) a fait sur ce sujet, il y a quelques années, une thèse absolument remarquable et nous avons nous-même publié cette année dans la collection Apert un petit livre utile aux praticiens sur la *Tuberculose rénale chronique et son traitement*.

Il est bien certain que dans l'immense majorité des cas de cystite tuberculeuse, surtout chez la femme, il faut penser à une tuberculose rénale et les procédés d'investigation utilisés à ce sujet (lois de l'urée) concluent le plus souvent dans ce sens ; il y a une déficience souvent considérable d'un rein avec diminution d'importance des taux d'urée et de chlorures, ce qui démontre une perte équivalente de parenchyme noble et une atteinte grave de l'organe. Mais quand après division des urines, on ne trouve pas cette chute importante de l'urée, qu'on retrouve également dans d'autres affections du rein (sauf peut-être dans le cancer), il faut alors penser, au cas où l'on a trouvé des bacilles au microscope ou un résultat positif après inoculation au cobaye, soit à une infection tuberculeuse d'origine génitale, quand on trouve des lésions de ce côté, soit à une forme primitive.

Mais un point sur lequel il faut insister, c'est sur la *non contamination du rein par la vessie tuberculeuse*. Mon ami Marion, au dernier Congrès français d'Urologie, a parlé de l'infection possible du rein présumé sain après néphrectomie et il s'est basé, pour affirmer ce fait, sur des cystographies faites dans son service à la suite d'injections opaques où il a pu voir une traînée caractéristique s'élever par l'uretère jusqu'au rein.

Il en conclut que dans ces cas l'uretère était primitivement forcé et que, laissant passer le collargol, il put aussi laisser passer les bacilles infectieux.

Or, ce n'est pas tout à fait exact et je m'inscris en faux contre cette doctrine, d'abord au nom de la clinique qui montre que dans la tuberculose rénale franchement unilatérale, les malades restent guéris pendant de longues années — j'en ai maintenant opérés depuis plus de 20 ans — et surtout au nom de l'expérimentation.

Albarran n'a-t-il pas montré, avec la lucidité d'esprit qui le caractérisait, que si les bacilles tuberculeux avaient le pouvoir d'infecter la vessie par voie descendante, ils ne pouvaient au contraire la contaminer par voie ascendante, peut-être à mon avis, à cause de ce courant constant qui fait que l'urine balaye à tout instant la lumière de l'uretère.

Il est certain qu'expérimentalement, on ne peut infecter un rein par des bacilles tuberculeux partis de la vessie, à cause probablement du contre-courant dont nous parlons et il faut d'autant mieux retenir ces faits dans les cystogrammes de Marion que l'uretère est forcé, c'est-à-dire dilaté, alors qu'au point de vue expérimental, pour provoquer une infection, les procédés mis en œuvre reposent surtout sur la production des *scléroses incomplètes* du conduit.

Toutes ces discussions n'enlèvent d'ailleurs rien à l'intangibilité du dogme de la néphrectomie précoce en matière de tuberculose rénale, qui reste un article de foi scientifique (1).

***

En résumé et bien que dans l'immense majorité des cas de cystites tuberculeuses, il faille penser à une tuberculose rénale causale, le plus souvent unilatérale et par conséquent chirurgicale, il faut aussi penser à une tuberculose d'origine génitale, plus fréquente qu'on ne croit et que l'on oublie trop volontiers, de même qu'il faut quelquefois penser à une forme primitive, quand surtout il y a peu de cystite et que les reins, à la division des urines, ne se montrent pas déficients, avec bonne concentration uréique.

Si l'on nous demandait une schématisation statistique, voici celle que nous donnerions : sur 100 cas de tuberculoses vésicales, 80 cas sont d'origine rénale, 15 cas d'origine génitale et 5 cas d'origine primitive.

Ces chiffres n'ont d'ailleurs rien d'absolu et je ne les donne que pour bien faire comprendre aux esprits peu avertis ou réfractaires le sens de la route qu'ils doivent suivre si la question les intéresse.

En matière de conclusion, nous résumerons donc ainsi notre pensée :

a) Toute tuberculose vésicale qui disparaît complètement après néphrectomie est une *tuberculose secondaire d'origine rénale*.

b) Toute tuberculose vésicale qui ne disparaît pas après néphrectomie et où l'on trouve des lésions concomitantes testiculo-épididymaires ou internes, prostato-vésiculaire est d'*origine génitale*.

c) Toute tuberculose vésicale qui ne disparaît pas après néphrectomie et chez laquelle on ne trouve *cliniquement* aucun signe d'envahissement génital doit être regardée comme *primitive*.

(1) Lire Dr F. Cathelin. Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, 2e édition, 550 pages et 201 figures, chez Baillière.

Les Poètes lyonnais précurseurs de la Pléiade ; Maurice Scève, Louise Labé, Pernette de Guillet, avec une introduction, des notes et un glossaire, par Joseph Aynard. 1 vol. avec gravures du temps, de la « Collection des Chefs-d'œuvre Méconnus », 302 p. Prix : 12 fr. (Edition Bossard, 42, rue Madame, Paris).

Le choix donné ici comprend les œuvres complètes, vers et prose, de Louise Labé, les meilleurs vers de Maurice Scève et de Pernette Guillet, son élève. Tous ces poèmes ont été revus avec soin sur les anciennes éditions. C'est à un lettré lyonnais, M. Joseph Aynard, qu'est dû ce magnifique travail qu'il a enrichi d'une introduction documentée.

© BIU Santé

CHIMIE CLINIQUE

Sang : Dosage de l'urée

(Suite)

Dans notre article précédent, nous avons montré comment on fait le dosage de l'urée dans le sang au moyen de l'hypobromite de soude. Nous avons dit aussi que l'hypobromite mettait en liberté non seulement l'azote de l'urée, mais aussi celui des acides aminés, de la créatinine et des sels ammoniacaux. Le chiffre d'urée obtenu par cette méthode est donc un peu trop fort, quoique pratiquement suffisamment approché. Si on désire un dosage plus rigoureux, on précipitera l'urée par le *xanthydrol* suivant la technique de Fosse que nous allons exposer.

Le xanthydrol est du diphénopyranol et a pour formule $O<\frac{C^6H^4}{C^6H^4}>CHOH$. Ce corps a la propriété de former avec l'urée une combinaison insoluble : la dixanthylurée, sans s'attaquer ni à la créatinine ni aux acides aminés ou polypeptides du sang. Le précipité obtenu est desséché et pesé Or le poids moléculaire de la dixanthylurée est égal à 420 c'est-à-dire 7 fois celui de l'urée (égal à 60). On n'aura donc qu'à diviser par 7 le poids du précipité obtenu pour avoir celui de l'urée contenu dans la prise d'essai.

Pratiquement : On commence par se débarrasser des matières protéiques du sérum en le traitant par le réactif suivant :

Bichlorure de mercure	2,71
Iodure de potassium	7,20
Acide acétique cristallisable	66 cc.
Eau distillée q.s.p.	100 cc.

A 10 cc. de sérum mis dans un tube à centrifuger, ajouter 10 cc. de ce réactif. Mélanger et, après centrifugation de quelques minutes, retirer 15 cc. du liquide clair (représentant 7,5 cc. de sérum) que l'on met dans un vase à précipité : ajouter 15 cc. d'acide acétique cristallisable puis 4 cc. d'une solution au dixième de xanthydrol dans l'alcool méthylique. Il se forme un précipité de dixanthylurée : le laisser se déposer pendant une heure, puis le recueil lir sur un filtre sans plis, le laver à l'alcool, le dessécher à 100° et le peser. Le poids obtenu divisé par 7 donnera le poids de l'urée dans la prise d'essai (7.5 cc.).

Le taux de l'urée dans le sérum normal est en moyenne de 0,30 à 0,40 par litre et peut atteindre 0,50. Les travaux de Widal et de ses élèves ont mis au point la question si importante de la rétention uréique dans le sang (azotémie). Le taux de l'urée sanguine ainsi que celui des chlorures sont les deux grands syndromes du brightisme. Il semble résulter de ces travaux que, si le chiffre de l'urée sanguine oscille entre 0,50 et un gramme, le mal de Bright peut s'améliorer, mais que s'il dépasse un gramme d'une façon permanente, la mort est presque certaine et d'autant plus rapprochée que le chiffre de 2 grammes est plus dépassé. Mais le taux de l'urée dans le sang est très variable suivant les heures de la journée, même pour un sujet normal ; aussi est-il difficile de tirer des conclusions aussi nettes de l'évaluation seule de cet élément ; il est nécessaire de le comparer à l'excrétion uréique dans l'urine du malade et dans le même temps. C'est ce qu'a fait Ambard en établissant une constante uréosécrétoire que nous exposerons en détails dans notre prochain article.

J. Tonnet,
Docteur ès Sciences
Chef de laboratoire à l'hôpital Tenon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les défauts réactions de défense

Georges Palante m'écrivait un jour : « J'ai une prédilection, je crois m'en être ouvert déjà à vous, pour la psychologie élaborée par les médecins. Elle me change de la psychologie des universitaires toujours encombrée de ratiocinations abstractives et rasantes ». Alors que les médecins ont dans leur langage technique le quasi fétichisme des mots, il est assez curieux de constater, chez ceux qui s'occupent de philosophie, un bon sens et une lucidité remarquables. Je parle surtout de quelques anciens car, parmi les jeunes, les plus brillants se gargarisent volontiers de néologismes énervants. Je ne cite pas des noms ne voulant ici contrister personne. Pour les comparer et les mettre à leur place il suffit de lire un ou deux livres de Maurice de Fleury et surtout ceux de Gustave Le Bon et de Ch. Fiessinger. Combien est savoureuse la psychologie de ce dernier ! Sa curiosité est toujours ardente et jeune ; voyageur qui nous laissa un excellent volume sur les *Villes éducatrices*, il s'est amusé à étudier les *maladies du caractère* et, dans le raccourci vigoureux de ses *Formules d'expérience humaine*, à nous donner la quintessence de ses observations.

Son dernier livre : *les défauts réactions de défense* est d'une prodigieuse richesse. Il est composé d'une infinité de chapitres condensés, dont chacun pourrait être développé en de longues pages. Mais le Maître, je l'ai dit, s'amuse, place les idées comme les lignes nettes d'un dessin schématisé et laisse au lecteur le plaisir d'orner ce dessin.

L'idée pénétrante essentielle du livre est que les défauts sont attachés à la nature de l'homme comme les symptômes à la maladie ; « le malade se défend par les signes de son affection comme le médiocre par la mise en œuvre de ses défauts. La fièvre est l'arme contre l'infection comme l'envie contre le succès d'autrui... Certains esprits se frayent la voie à l'aide des infériorités même qui les diminuent. Les médiocres ambitieux se défendent par la méchanceté, les faibles par la bouderie, les sots par l'entêtement, les jaloux par la calomnie. Et méchanceté, bouderie, entêtement, calomnie sont des armes ». Ces défauts tiennent une place considérable dans la personnalité, poussant des coudes et faisant constamment irruption. Ch. Fiessinger distingue les défauts à prédominance organique, les défauts à prédominance affective et les défauts à prédominance intellectuelle.

Voici les *sourds* (Ronsard, Beethoven, Maurras) que leur infirmité isole et défend ; leur imagination est à la fois vive et personnelle parce qu'elle ne reçoit aucune suggestion de la conversation ; ils ont des qualités de chef d'école ; « quand le génie est sourd il s'obstine plus ardemment encore dans sa tâche » ; les *aveugles* doivent à leur malheur leur acuité d'odorat et de tact ; les *bossus* sont riches d'amour-propre et de finesse, leur ironie traduit leur souffrance et leurs moqueries ne sont que le cri d'une détresse d'âme ; les *géants*, placides et bons, feraient d'excellents fonctionnaires polis et calmes, mais de détestables soldats ; et Frédéric le Grand se trompa étrangement à leur sujet. Fiessinger les croit fidèles maris ; les *petits*, au contraire, sont mauvaises langues, hargneux et redressent leur esprit comme ils redressent leur taille ; la *dyspepsie* est favorable à l'esprit, elle prédispose à l'observation revêche mais clairvoyante ; le *trac* stimule l'énergie car « l'étreinte d'angoisse a disparu, mais avec elle a grandi le talent » ; et voici que défilent les *indolents de corps* comme Renan, comme Remy de Gourmont, les *déprimés*, les *aboulíques*, etc.

Dans le domaine de l'affectivité, l'auteur étudie les *hypocrites* si souvent parvenus aux premiers rangs qu'ils semblent donner raison à Le Dantec qui prétendait que l'hypocrisie est la première des vertus sociales ; les *impartiaux* qui sont généralement des médiocres car « plus

© BIU Santé

l'homme sent vivement et plus sa partialité est manifeste », les *méchants*, les *peureux*, les *timides*. Stendhal était un timide, comme son héros Julien Sorel. Lorsque ce dernier déclare « cette femme ne peut plus me mépriser : je *dois* être sensible à sa beauté ; je me *dois à moi-même* d'être son amant », il parle comme un timide. Le timide ruse et feint par instinct de conservation : « Stendhal agissait de la sorte ; de là cette réputation de roué, d'homme blasé que lui firent ses contemporains. En fait, ce ne fut jamais qu'un timide, et, parce qu'il ne trouvait pas la phrase juste quand il fallait, il en outrait l'expression hors de propos ».

La série continue par les *silencieux* supérieurement intelligents ou parfaitement bêtes qui pensent trop ou qui ne pensent pas, les *inquiets*, les *autoritaires*, ceux qui *ruminent*, les *prétentieux* etc., tableaux mesurés et vifs qui enchantent notre esprit.

Les chapitres consacrés aux défauts à prédominance intellectuelle sont écrits d'une encre particulièrement mordante. Parlant de la solitude des *précurseurs*, Ch. Fiessinger dit : « en matière de science il faut des initiés pour déclarer un mérite. Ceux-ci ne s'y résolvent que lorsqu'ils appartiennent à un groupe où règne l'esprit de caste ». « Le précurseur est rarement un homme titré. Son œuvre demeure incomplète et ne se répand pas. A bon droit d'ailleurs. Une découverte est une offense aux hommes de la même carrière. Elle est une offense et un reproche. Pourquoi n'ont-ils pas trouvé ce que cet inconnu a discerné par les seuls dons de son observation ? Ce reproche se transforme en injure quand le savant qui fait avancer la science n'appartient pas à la hiérarchie consacrée. Non pas que ce qu'il dit passe constamment inaperçu. Tout d'abord nul n'en parle. Un grand silence s'étend. Puis, un beau jour, un autre s'empare de ce bagage de science et l'étiquette sous son nom. Ou bien, il développe l'idée sans la faire remonter à son auteur. C'est un peu l'histoire à la fin du XVIIIe siècle de Bordeu et de Bichat. Bordeu s'était montré l'initiateur avec ses *recherches sur le tissu muqueux*. Bichat généralisa la conception et en imprima la marque à l'esprit de son *Anatomie générale*. Des deux, lequel est le plus connu ? Bichat parce qu'il appartenait à la Faculté. Au cours de sa vie, au surplus, il n'eut pas à subir les avanies qui saluèrent les succès de Bordeu. Vis-à-vis de ce dernier les officiels se montrèrent implacables ». Ils allèrent même jusqu'à l'accuser de vol. Les exemples sont nombreux et on en trouverait de suggestifs à notre époque actuelle. Un précurseur ignoré fut Pierre Desault dont Pierre Mauriac nous a récemment conté l'histoire dans une agréable plaquette. Il n'hésite pas à le placer presque à la hauteur des Sydenham et des Laënnec.

Desault devina l'importance du foie en physio-pathologie, il montra que l'ulcération tuberculeuse du poumon n'est qu'une lésion secondaire, un stade évolutif de la tuberculose et ce, *au début du XVIIIe siècle, en avance donc sur la plupart des médecins du XIXe* ; il affirma la contagiosité de la tuberculose, il eut enfin la claire vision de l'origine microbienne de certaines maladies. Pas un rédacteur de nos manuels officiels des « collections » diverses ne le connaît. Desault eut le tort d'être trop en avance et de combattre les idées erronées d'Astruc, premier médecin du roi, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des armées du roi, qui soutenait que la vérole ne peut jamais s'engendrer d'elle-même en Europe, et qui se moquait de ceux qu'il appelait les « circulateurs » et qui croyaient en Harvey. L'autorité du maître parisien, dit Mauriac, était telle que de son jugement la mémoire de Desault ne se releva guère. Il apparaissait aux yeux de ses contemporains comme un original difficile à prendre au sérieux, et de même qu'on traita Bordeu de voleur, de même on traita Desault de charlatan.

J'ai peut-être pris trop de plaisir à donner cet exemple en dehors du livre de Ch. Fiessinger, et je reviens vite à ce dernier dont le chapitre sur *les petits esprits* peut servir de complément à celui sur les précurseurs. Les petits esprits sont tâtillons, entichés de leur mérite, ils entassent notes sur notes, coupent avec componction les cheveux en quatre et font du travail... vraiment scientifique. « Il n'est point surprenant que des hommes murés dans une semblable conception arrivent assez rapidement à gravir tous les degrés des honneurs et des titres. Ils ne portent ombrage à personne et sont compris de chacun. A la Sorbonne il s'en trouve quelques-uns. La Faculté de médecine n'en est pas exempte. Les petits esprits sont les petits vers qui rongent la gloire des grandes institutions ». Ils sont vaniteux, irascibles, se citent avec complaisance, ignorent les autres, importent volontiers les travaux de l'étranger. « C'est une grande force de ne rien trouver par soi et de penser par le cerveau d'autrui. Une sympathie de bon aloi accueille dans la Société cet esprit prudent et du meilleur ton qui ne trouble les idées de personne et confirme celles qui ont cours avec la production de son effort. Gloire aux petits esprits ! Leur présence parmi nous n'engendre-t-elle du reste pas le plus salutaire des effets ? En écartant de leur sphère d'attraction les hommes de nature élevée et en les initiant au spectacle des manèges et des intrigues, ils permettent à ces derniers l'isolement qui fait réfléchir et leur assurent dans la solitude la possibilité de mûrir un talent qui, sans cette aubaine, fût peut-être demeuré improductif. »

Je m'arrête, je serais tenté de cueillir des citations dans chacun des chapitres qui suivent. Faites comme moi, mettez les livres de Ch. Fiessinger au meilleur rayon de votre bibliothèque professionnelle et prenez-les de temps à autre, sous la fumée de votre cigarette.

Voici seulement, à la conclusion, une indication que je souligne pour votre gouverne : « le défaut familier est celui, qu'en toute sincérité, l'intéressé prétend ne pas avoir... l'avare et le jaloux ne le sont pas, l'homme mal élevé parle de son éducation, le paresseux de sa besogne et le malade qui sonne sa garde dix fois par nuit insiste sur la facilité des soins dont il est l'objet ». On croit être quelqu'un, mais on est toujours autre qu'on ne croit. C'est la définition du *bovarysme* de mon ami Jules de Gaultier. Qui de nous en est exempt ?

Paul VOIVENEL.

ACTUALITES

Sur l'épidémiologie du cancer

Le 10 décembre dernier, M. le Dr L.-W. SAMBON, de l'Ecole de Médecine tropicale de Londres, a fait, à l'Institut Pasteur, une conférence très intéressante sur l'épidémiologie du cancer, d'après des documents recueillis en Italie et en Islande. Dans ce pays, le cancer était très rare autrefois et, dans certaines régions, il était même complètement inconnu. Le Dr SAMBON a constaté qu'il y était devenu très fréquent à partir de 1906.

Dans certains districts, où le cancer n'a jamais fait son apparition, il constate qu'il n'y a ni rats, ni souris, ni chats, ni cafards. Au contraire, dans certains villages où le cancer est devenu très fréquent, ces animaux sont très nombreux, et, dans certaines maisons à cancer, où plusieurs membres de la même famille ont succombé à cette affection, il reconnaît la présence de fours à pain où les cafards du genre *Blatella germanica* sont en abondance ; on retrouve d'ailleurs les cadavres de ces insectes dans les farines qui servent à l'alimentation.

En Italie, même constatation dans certains villages, le cancer est dans toutes les familles ; dans d'autres, il est complètement inconnu. Le Dr SAMBON en conclut que cette inégalité de distribution géographique est bien en faveur de la théorie infectieuse du cancer. De plus, et c'est là un fait capital, il a constaté, dans le tube digestif de cette Blattella germanica, la présence d'un parasite du

© BIU Santé

genre Nématode, le *Gangylonema* qui ressemble quelque peu à la filaire, et qui se trouve également dans les organes de divers animaux domestiques en Italie. Pour lui, ce parasite n'est pas l'agent causal du néoplasme, mais pourrait le propager, en transportant le virus du cancer, virus hypothétique encore à découvrir.

Il attribue la grande fréquence des cancers du tube digestif à l'ingestion de farines contenant les *Blattella germanica* et signale d'ailleurs de nombreux cas de cancer chez les meuniers et dans les environs immédiats des moulins.

Le Dr Borrel vient appuyer la thèse du Dr Sambon et affirme sa foi en un virus du cancer qu'on finira bien par mettre un jour en évidence. Il s'élève, comme lui, contre l'hypothèse d'une action purement chimique du goudron. Il ne croit pas que le goudron agisse par lui-même mais que l'irritation cutanée qu'il détermine rend simplement les cellules sous-épidermiques réceptrices du virus cancéreux et facilite ainsi le développement de la tumeur. Il y a des cages à cancer où, sans aucune irritation particulière, les souris font des néoplasmes très facilement, alors que, d'autres souris, placées dans des cages soigneusement stérilisées, malgré des applications répétées et longues de goudron, ne font aucune tumeur.

L'enquête, si parfaitement menée par le Dr Sambon constitue en effet une contribution importante à la thèse parasitaire ou infectieuse du cancer. Et il serait désirable que d'autres enquêtes semblablement conduites, apportent prochainement de nouveaux documents pour éclairer cette question capitale de l'étiologie des néoplasmes.

J. T.

Hommage au Professeur BERGONIÉ

Le 14 décembre 1924 sera une date mémorable dans l'histoire de la médecine française et dans les fastes de la Faculté de médecine et de la ville de Bordeaux.

Ce jour, en effet, vit la pose de la première pierre du Centre régional anti-cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest, et la remise officielle par M. le Maréchal Pétain, au professeur Bergonié, des insignes de Grand-Croix de la Légion d'honneur.

A cette occasion, de nombreux discours ont été prononcés, qui rappelèrent les services éminents rendus par le professeur Bergonié, et ses fructeuses recherches dans l'ordre scientifique.

Mais ce que l'on ne saura jamais trop redire, c'est la largeur de son esprit, et plus encore, si possible, la beauté d'une âme qui ne paraît vivre que pour refléter les notions immortelles du Devoir, de la Bonté et de l'Amitié.

De son dévouement au chevet des malades, de son labeur pendant la guerre, de toutes ces vertus admirables qui font jaillir autour de lui tant de sympathies agissantes, et stimulent tant d'énergies, nous ne dirons rien, mais puisque la double cérémonie que nous rapportons, débuta par la pose de la première pierre du nouvel édifice qui abritera le Centre régional anti-cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest, qu'on nous permette ici quelques souvenirs personnels.

***

Ce fut en 1922-24, pendant 26 mois, au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, que dirigeait alors M. Paul Strauss, que nous eûmes l'honneur d'être présenté à M. le professeur Bergonié, et de le connaître.

Le Ministère se préoccupait de grouper et de promouvoir les efforts déjà tentés dans la lutte contre le cancer, dont l'extension l'inquiétait.

Il fit appel au concours de Bergonié et celui-ci accourut. Tout aussitôt, la lutte s'organisa : une commission fut constituée, qui compta dans son sein tous ceux qui étudient ou traitent cette affection redoutable ; elle élabora un plan de création, d'organisation des Centres régionaux de recherches, d'enseignement et de traitement du cancer, dont Bergonié fut le rapporteur. Aujourd'hui, de nombreux Centres sont créés, à Bordeaux, Lyon, Marseille, Strasbourg, etc.

Ceux qui n'assistèrent pas à la genèse de cette organisation devineront difficilement ce qu'il fallut alors, pour la mener à bien, de travail patient, tenace, prolongé, de ménagements subtils, d'apaisements affectueux : deux hommes furent, de cette œuvre admirable, les animateurs : le Professeur Bergonié, le ministre Paul Strauss.

Bergonié déployait une activité extrême, s'informant, se documentant, étudiant les conditions et moyens de réalisation.

A Bordeaux, il créait la Ligue Bordelaise contre le cancer : à Lyon, à Montpellier, partout, il prodiguait ses conseils, et faisait, par un prosélytisme de tous les instants, triompher sa foi.

En 1923, les Drs Becker et Léopold Mayer, qui avaient créé le « Bruxelles médical » et organisé les « Journées médicales de Bruxelles », chaque année plus prospères, le firent solliciter de venir y faire une conférence sur la lutte contre le cancer.

Immédiatement, il accepta : « Certes oui, dit-il, j'irai à Bruxelles, puisqu'on m'y invite, porter la bonne parole ; les Belges doivent nous aider dans notre effort et bénéficier de nos progrès comme nous profiterons des leurs. »

Il partit. La nouvelle de sa conférence eut un gros succès.

S. M. la Reine de Belgique y assista.

« Madame, lui dit-il, après votre conduite pendant la guerre, on avait cru que vous ne pouviez plus grandir dans la pensée des hommes », et rappelant tout ce qu'elle avait fait en Belgique dans la lutte contre la tuberculose et les maladies transmissibles, et que sa présence promettait de continuer dans la lutte contre le cancer, il proclamait au milieu d'une salle transportée « qu'elle avait su s'élever encore ! » —

Tous ceux qui l'entendirent conservent de cette séance un précieux souvenir.

***

Presque chaque semaine il accourait de Bordeaux, sa serviette bourrée de notes et de projet, et dans de longs entretiens avec le ministre, s'élaboraient les décisions prochaines, créatrices.

Puis, le savant retournait à ses travaux et à ses recherches, pour revenir bientôt avec une nouvelle moisson.

Un homme éminent, trop tôt parti, M. le Professeur Rénon, dans sa leçon inaugurale, insistait sur la grande honnêteté de la Science Médicale Française.

Combien n'eut-il pas applaudi en voyant Bergonié se documentant sans cesse, et rectifiant spontanément des données qui avaient paru certaines, que lui-même avait accueillies, et que le progrès avait ébranlées ?

Rien ne le décourageait, aucune démarche ne lui coûtait, aucune critique ne le blessait ni ne l'arrêtait ; et lorsque celle-ci témoignait de sa propre faiblesse, avec quel sourire malicieux, mais toujours bienveillant, n'en dégageait-il pas le point douteux !

Et tandis qu'il revenait avec des notions plus nouvelles, des vues plus précises, le ministre aplanissait devant lui les difficultés réglementaires, dégageait les formules, souvent difficiles, des réalisations administratives.

Quel spectacle admirable que celui de ces deux hommes dont la vie fut, dans des branches d'activité différentes, consacrées au progrès et au mieux être de tous, qui s'unissaient en un effort commun, discret, persévérant, pour tenter de reculer les frontières de la maladie et de la douleur !

© BIU Santé

Et au milieu de la reconnaissance et de la sympathie qui l'entouraient, combien grande devait être la joie de Bergonié au jour inaugural du Centre régional définitif de lutte contre le cancer de recherches et d'enseignement, de Bordeaux et du Sud-ouest !

La cérémonie de l'investiture fut particulièrement émouvante.

Dans l'amphithéâtre de son service, étaient groupés les collègues, les élèves, les amis du maître, ses anciens malades qui lui devaient la vie, ses admirateurs.

Les Corps savants avaient délégué des représentants : M. le Prof. Widal représentait l'Institut ; le Prof. Gley du Collège de France, l'Académie de médecine.

Les pouvoirs publics étaient représentés par M. Arnaud Préfet de la Gironde, délégué de M. Godart, Ministre du Travail et de l'Hygiène ; le si distingué maire de Bordeaux, M. Philippart qu'une grande ville s'honore en le plaçant à sa tête.

Les directeurs des Centres de lutte contre le cancer : MM. les Prof. Léon Bérard, de Lyon ; Forgue, de Montpellier ; Marie, de Toulouse ; Gunsett, de Strasbourg ; Gaudducheau, de Nantes ; Vautrin, de Nancy ; Marquis, de Rennes ; Proust, de Paris ; le Pr Régaud, de l'Institut Curie, avaient tenu à lui rendre hommage ainsi que ses collègues et amis de la Faculté de Bordeaux, MM. le Doyen Sigalas, les Professeurs de la Faculté de Médecine de Bordeaux, MM. Arnozan, Sabrazès, Jeanneney, etc.

Au milieu de l'émotion générale, on vit s'arrêter une voiture d'ambulance, et M. le Pr Bergonié, glorieux mutilé du Devoir et de la Science, apparut sur une civière roulante devant laquelle la foule s'ouvrit respectueusement et muette.

Il gagna ainsi l'estrade, se dégagea des couvertures qui l'entouraient et apparut droit, en habit noir et cravate blanche, les traits amaigris, le regard vif, et gagna un des fauteuils disposés sur l'estrade ; à sa droite se tenaient M. le Maréchal Pétain, à sa gauche M. le Ministre Paul Strauss, son ami.

M. le Maréchal Pétain se leva tout aussitôt et dominant l'assistance, il s'adressa au Professeur Bergonié. Il dit combien souvent déjà il avait dans les circonstances fréquemment tragiques, décerné à des soldats et à de grands blessés les insignes de la Légion d'honneur, jamais son émotion n'avait été aussi vive ; c'est que, dit-il, la vaillance du martyre égale et dépasse, le courage militaire lui-même.

Puis il lui remit les insignes de la Grand-Croix de la Légion d'honneur et lui donnait l'accolade tandis que les clairons et tambours de la compagnie d'honneur, ouvraient et fermaient le ban.

Debout sur l'estrade le Professeur Bergonié remercia, il dit sa grande joie de cette distinction, sa fierté de la recevoir des mains du glorieux soldat, son émotion de se rappeler que la pensée initiale de ce geste revenait à son ami, M. Paul Strauss.

Des discours qui furent alors prononcés nous ne dirons rien : aussi bien ils ont été, le soir même, réunis en plaquette par M. le Professeur agrégé Proust, et vont paraître sous peu de jours.

Lorsqu'ils prirent fin, le Pr Bergonié fut reconduit à sa voiture d'ambulance et le nouveau Grand Croix défila devant la compagnie d'infanterie qui lui rendait les honneurs.

La foule s'écoula, en proie à une émotion poignante, se rappelant les paroles de forte espérance que plusieurs orateurs avaient fait entendre et qui chantaient dans les cœurs.....

Dr A. Fillassier.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès Médieal*,

Je viens de prendre connaissance, dans le *Progrès Médical* du 28 juin 1924 (n° 26), de l'article parlant du travail de M. le docteur Delamare, à la Faculté de médecine de Constantinople. La lecture de ce document est susceptible de laisser croire au public médical français que notre Faculté est un milieu fermé à toute influence étrangère, par un sentiment de xénophobie peu compatible avec le progrès scientifique. C'est bien ce qu'a voulu dire votre collaborateur lorsqu'il écrit que le professeur français « a dû lutter contre diverses tendances qui ne sont pas sympathiques aux étrangers, surtout à nos compatriotes, dans la jeunesse intellectuelle turque et parmi ceux qui la dirigent ».

Il est inexact de prétendre que l'Université Turque a des tendances qui ne sont pas sympathiques aux étrangers. La réception réservée à une série de professeurs français, dans ces derniers temps, peut en témoigner. Le professeur Marcel Labbé a été invité, en octobre 1922, à venir donner une série de conférences, dans notre Faculté. En ce moment même, sur l'invitation de l'Université de Stamboul, le professeur Bouglé, de la Sorbonne, donne une série de leçons à la Faculté des lettres. Le professeur Blanchard, de Grenoble, traversant notre ville au début du mois de septembre, a été reçu par l'Université et prié de donner une conférence sur la géographie urbaine de Constantinople. Enfin, le professeur Hédon, de Montpellier, passant ici, pendant une brève escale de 24 heures, a tenu à venir faire une démonstration expérimentale dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine. Toutes ces invitations traduisent-elles des tendances xénophobes ?

Il ne faudrait pas non plus donner au public médical français l'impression que notre corps enseignant de la Faculté n'est pas capable d'inspirer à nos élèves le goût de la recherche scientifique et l'attrait de la culture medicale. La plupart de mes collègues ont fait de longues études dans les laboratoires et les cliniques d'Occident. Moi-même, professeur d'anatomie, j'ai étudié cette science auprès de mon excellent maître le professeur Nicolas, à Paris. Je garde le meilleur souvenir des jours passés auprès de ce maître dont l'accueil fut si bienveillant. Il serait donc injuste d'essayer de rabaisser le niveau de notre Faculté.

Enfin, je dois signaler à votre collaborateur mal renseigné, la présence, dans notre Faculté, d'un autre professeur français dont il paraît ignorer l'existence. Le docteur Mouchet, par son brillant enseignement et par sa collaboration assidue avec plusieurs professeurs turcs, semble réaliser la véritable formule du professeur étranger appelé à venir travailler en Turquie. Sincèrement attaché à ce pays, qu'il aime, le docteur Mouchet a su s'attirer l'estime des étudiants et la sympathie de ses collègues. Mais je n'insiste pas sur son rôle, car, comme tous les véritables savants, le docteur Mouchet est aussi modeste que cultivé.

A l'heure où la jeune république turque va s'épanouir librement, il ne faut pas laisser s'accréditer la légende d'une Turquie xénophobe et systématiquement fermée à tout ce qui est étranger. Au contraire, en ce moment, nous adoptons des méthodes nouvelles et nous faisons appel à de nombreux spécialistes de l'extérieur.

En France surtout, l'on doit savoir que l'Université turque s'élance avec ardeur sur les chemins qui montent vers les horizons du Progrès.

J'ai l'honneur de vous prier d'avoir la courtoisie d'insérer ma lettre dans le plus prochain numéro du *Progrès Médical*.

Et je vous prie d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Professeur Nouréddine,
Doyen de la Faculté de médecine de Constantinople.

On doit se féliciter qu'une voix aussi autorisée que celle du

© BIU Santé

Pr Noureddine vante les bienfaits de l'Enseignement en Turquie nouvelle de nos professeurs français. C'est un hommage auquel tous les médecins de France seront extrêmement sensibles. Et c'est, pour le *Progrès Médical*, une occasion qu'il saisit avec empressement de faire pour la Faculté de Constantinople, pour les maîtres qui la dirigent et pour leur brillant enseignement, les vœux les plus sincères de succès.

M. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1924.

Les assurances sociales et l'exercice de la médecine. — M. *Weiss* montre quelle a été l'influence de l'assurance obligatoire contre la maladie sur l'exercice de la médecine en Alsace et Lorraine. La majeure partie de la population des villes et des campagnes se trouvant inscrite dans les caisses, le médecin praticien ne peut vivre qu'en étant médecin de caisse.

Ces caisses, devenues de puissantes administrations comparables aux grandes compagnies d'assurance, et jouissant, du fait de la loi, de pouvoirs très étendus, se sont associées en une Union. Les médecins, menacés dans le libre exercice de leur profession, se sont eux mêmes groupés en syndicats fortement organisés, puis en une Fédération, où ils sont soumis à une sévère discipline, s'étendant même au-delà de la médecine de Caisses. Peu à peu tout ce qui touche au service de santé, à la pratique de la médecine publique et privée, à l'enseignement, à l'hygiène se trouve lié aux Assurances sociales, directement ou indirectement. Il est indispensable, pour éviter les conflits et les abus, pour coordonner les efforts et assurer à chaque service la possibilité d'un bon fonctionnement, qu'au lieu d'être comme aujourd'hui dispersés dans les diverses administrations souvent rivales, ils soient justiciables d'une autorité supérieure commune.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine en milieu épidémique. — M. *Zœller*, ayant réalisé au cours d'une épidémie de diphtérie des vaccinations au moyen de l'anatoxine de Ramon, apporte les résultats obtenus en l'espace de deux mois et demi. Sur 102 sujets vaccinés à deux injections d'anatoxine aucun n'a contracté la diphtérie. Sur 41 sujets vaccinés à une injection, un cas de diphtérie fut constaté, d'allure bénigne et qui céda à une seule injection de sérum thérapeutique. En revanche, 108 cas de diphtérie furent constatés chez les non vaccinés pendant la même période.

La première injection d'anatoxine est préparante, la seconde injection est efficiente.

En milieu épidémique, la vaccination et les inlections minima collaborent pour installer une immunité antidiphtérique stable. Aussi les résultats obtenus sont-ils inférieurs à ceux que l'étude de l'immunité vaccinale contrôlée par la réaction de Schick permettait de prévoir.

Jambe artificielle physiologique. — M. *Bidou*. — Il s'agit d'un véritable membre de remplacement d'une conception nouvelle établi selon les données de la physiologie du mouvement et les principes de la mécanique générale.

On retrouve dans ce membre quasi humain toutes les actions et compensations musculaires humaines, les à-plombs normaux, les constantes physiologiques. On peut orienter ses parties constitutives les unes par rapport aux autres avec une précision telle que le mutilé retrouve une symétrie d'équilibre parfaite entre ce membre de remplacement et son membre conservé.

Sur le mécanisme de l'action biologique du citrate de soude en injection intra-veineuse. — M. *Normet* a démontré que le choc produit par l'injection d'une haute dose de citrate de soude dans la veine était dû à l'action du système nerveux sympathique sur la circulation et la respiration. Ce choc peut être annulé par l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle ou empêché par l'injection simultanée de citrate de magnésie ou de gomme arabique.

Le nitrite d'amyle agit en paralysant le sympathique, le citrate de magnésie en mettant en liberté des ions magnésium antagonistes des ions sodium et la gomme arabique en s'emparant de ces derniers par adsorption.

Le citrate de soude serait un puissant stimulant de la contraction musculaire et en particulier de la contraction rythmique du cœur à la condition qu'il se trouve en présence d'ions métalliques bivalents capables de provoquer la diastole comme il provoque lui-même la systole.

Election dans la deuxième section (chirurgie et accouchements). La liste de présentation porte : En première ligne, M. J.-L. Faure ; en deuxième ligne, en *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Auvray, Pierre Duval, Mauclaire, Potherat, Rouvillois.

Le nombre des votants étant de 72, majorité 37. Au premier tour, M. J.-L. Faure obtient 68 suffrages ; M. Duval, 2 ; M. Auvray, 1 ; Rouvillois, 1 ; un bulletin nul.

M. J.-L. Faure est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1924.

Un cas de duodénojéjunostomie. — *M. Launay* fait un rapport sur une observation concernant un malade qui, pour une obstruction totale du pylore avait subi une gastroentérostomie et chez lequel, au bout de 3 ans, reparurent des troubles graves. La radioscopie montra que le pylore était redevenu partiellement perméable, mais le duodénum était dilaté. Et une nouvelle intervention montra en effet que le duodénum était extrêmement dilaté et ne se vidait plus dans le jéjunum. Une duodénojéjunostomie fut faite et amena une guérison définitive.

A propos de l'infection post abortum (*suite*). — *M. Auvray* ne peut admettre la théorie abstentionniste de M. Alglave. Il cite à ce propos le fait suivant : le 1er novembre dernier il est appelé à examiner une malade entrée la veille dans un service de médecine et dont l'état était très alarmant : subictère, délire température à 40°, ventre ballonné. La seule intervention qui parut devoir être efficace c'était l'hystérectomie mais la malade paraissait hors d'état de la supporter — et M. Auvray fit seulement un curettage de l'utérus qui, mou, gros, contenait une grande quantité de débris. Puis il installa une irrigation au Dakin. Dès le lendemain la température s'abaissait et tombait aux environs de 38, et au bout de 10 jours la malade était guérie.

M. Alglave estime qu'elle eût peut-être guéri tout aussi bien avec sa méthode et fait observer à nouveau que sur 1000 infectées il n'en a perdu que deux en trois ans et pour des causes étrangères à sa conduite du traitement.

M. Dujarier estime qu'il est bien dangereux de prétendre qu'un utérus qui contient des débris infectés et sphacélés doit être laissé tranquille. C'est soutenir qu'un abcès chaud ne doit pas être ouvert. Il craint que M. Alglave ne voie à un moment donné des désastres résulter de cette abstention systématique.

M. Proust est du même avis. Il y a des curettages inefficaces ; il y en a de difficiles, c'est certain ; mais si l'on pense qu'il y a quelque chose dans l'utérus, la première chose à faire c'est le vider.

M. J.-L. Faure répète encore qu'il lui paraît bien dangereux de dire qu'il faut s'abstenir dans les infections post abortum.

M. Gernez estime qu'il faudrait pour se faire une opinion avoir toute une série d'observations très complètes avec examens et cultures du sang, des sécrétions utérines, etc.

M. Chifoliau insiste aussi sur la nécessité de vider l'utérus dès qu'on soupçonne qu'il contient des débris — lorsqu'il est gros, mou, qu'il donne issue à un écoulement purulent et fétide. Quant aux examens de sang, ils ne peuvent donner des signes pronostiques de réelle valeur.

L'irrigation au Dakin lui a paru aussi très utile dans ces cas.

© BIU Santé

Ostéomyélites et vaccin. — ***M. Bréchot*** fait un court rapport sur deux observations de M. Charrier (Bordeaux) relatives à des cas d'ostéomyélites, l'une chez un homme de 28 ans, l'autre chez un homme de 20 ans et qui ont guéri sans opération par la vaccinothérapie.

Ces deux observations paraissent assez probantes au point de vue de la guérison de lésions vraiment osseuses. La disparition de la douleur après la première injection de vaccin paraît de bon augure pour l'action curative de ce vaccin.

Malformation de la tête du radius. — ***M. Mouchet*** rapporte un cas de malformation de la tête radiale observée par M. Jean (Marine) chez un marin de 20 ans ayant les deux avant-bras en pronation permanente. Cette malformation congénitale était due d'un côté à une synostose, de l'autre à un applatissement de la tête radiale empêchant la rotation.

La phrénicectomie dans la tuberculose. — ***M. Proust*** fait un rapport sur un travail de MM. Morere-Rolland et Valdis, relatif à la phrénicectomie dans la tuberculose. C'est une opération basée sur les mêmes principes que ceux qui commandent le pneumothorax artificiel et qui pourrait donner des résultats thérapeutiques intéressants.

La simple phrénicotomie est insuffisante à donner le résultat cherché, c'est-à-dire la paralysie de la moitié du diaphragme, de façon durable. Il faut le réséquer jusqu'au point où il pénètre dans le thorax et rechercher s'il n'existe pas de phrénique accessoire s'unissant très bas au nerf principal. On obtient ainsi, avec une opération simple, facile à faire sous anesthésie locale et nullement choquante, un résultat durable.

Le diaphragme remonte dans le thorax et les cavernes pulmonaires peuvent être ainsi très améliorées. Lorsque le pneumothorax par suite d'adhérences ne peut être réalisé, la phrénicectomie peut être formellement indiquée.

M. Lardennois a fait plusieurs fois cette opération. Il a fait en général l'arrachement du bout inférieur, ce qui ne lui a pas paru être douloureux. Mais c'est une opération peut-être utile parfois, mais qui ne guérit pas. La thoracoplastie peut au contraire donner une guérison réelle.

Un cas d'encéphalocèle. — ***M. Veau*** signale une observation de MM. Combier et Murard (Le Creusot) concernant un cas d'encéphalocèle qu'ils ont opéré avec succès dès la 23e heure. Cette malformation guérit bien en général et point n'est besoin de les opérer d'urgence.

A propos de l'ostéosynthèse (*suite*). — ***M. A. Schwartz*** fait observer que dans cette discussion, à côté des modérés il y a les deux extrêmes : ceux qui réprouvent toute ostéosynthèse, et ceux qui veulent opérer toujours. Mais il ne saurait admettre que l'ostéosynthèse ne soit à la portée que de quelques initiés. C'est une opération comme les autres qui peut être faite par tout chirurgien digne de ce nom.

A son avis la question à se poser est la suivante : étant donnée une fracture un peu complexe, faut-il opérer, ou peut-on sans opération obtenir un bon résultat.

Or l'acte opératoire peut être parfois dangereux. M. Dujarier lui-même l'a dit et ceci doit suffire à faire éviter l'ostéosynthèse si on le peut. A côté des cas de suppuration, il y a les altérations trophiques de l'os, les retards de consolidation, les raréfactions autour des vis, les cals volumineux, les pseudarthroses. Il cite deux cas de fracture spontanée survenue après consolidation d'apparence satisfaisante sur des os qui avaient subi des ostéosynthèses — fractures transversales en dehors du trait primitif sans douleur pour un effort minime.

Quels sont les résultats thérapeutiques qu'on peut obtenir avec les deux méthodes, voilà l'essentiel à étudier et à ce point de vue il y a à considérer un élément esthétique, un élément radioscopique, un élément fonctionnel, ce dernier étant le plus important. Or et il en cite plusieurs exemples avec radiographies, des résultats fonctionnels excellents peuvent être obtenus avec des résultats radioscopiques paraissant très défectueux. Au point de vue esthétique la présence d'une cicatrice est aussi à considérer.

En résumé l'ostéosynthèse doit être réservée aux cas où l'on est certain que l'abstention ne donnera pas de bons résultats. Aussi les indications en sont exceptionnelles.

Présentation de malades. — ***M. de Martel*** présente trois malades opérés de névrotomie rétrogassérienne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1824.

La réceptivité et l'immunité à la scarlatine. L'intradermo-réaction à la toxine streptococcique de Dick. — ***Ch. Zoeller***, ayant pris comme toxine-étalon une toxine fournie par les docteurs Dick et Zingher, a étudié la réaction de Dick ou réaction de réceptivité à la scarlatine et apporte les premiers résultats obtenus par ce procédé sur 125 sujets de race blanche ; il a constaté 38 réactions positives, soit 30,4 % ; elles se sont présentées sous forme d'une rougeur, plus ou moins étendue et infiltrée, apparue entre la 22e et la 24e heure, parfois prurigineuse au moment de son apparition. La proportion des sujets réceptifs est à peu près celle des réactions de Schick positives dans le même milieu. Chez un scarlatineux, la réaction, positive au 3e jour, était négative au huitième jour.

L'auteur a étudié les sérums de divers sujets pour déterminer s'ils *effacent* ou *neutralisent* une réaction de Dick positive. Un sérum de sujet à Dick positif n'est pas neutralisant.

Les sérums de sujets à Dick négatif sont neutralisants ; il y a lieu de tenir compte des cas limites :

Les sérums des sujets ayant eu la scarlatine sont neutralisants. Le sérum d'un scarlatineux, non neutralisant au début de la maladie, est neutralisant au moment de la convalescence. Le sérum d'un sujet qu'on vaccine par la toxine streptococcique devient neutralisant. Deux sérums de sujet à Dick négatif ont atteint la réaction de Schutz-Charlton chez un scarlatineux à la période d'éruption.

L'auteur étudie enfin la réaction protéique non spécifique, décrite par Zingher à propos de la réaction de Dick sous le nom de pseudo-réaction de Dick, montre les divergences qui peuvent se constater selon le moyen de contrôle employé et met en garde contre ces diverses causes d'erreur.

L'intérêt de la réaction de Dick ne paraît pas douteux. Elle peut contribuer au diagnostic des formes frustes de scarlatine ; elle favorise une étude plus approfondie des streptococcies ; elle indique probablement la réceptivité à l'infection scarlatineuse et permet de suivre les tentatives d'immunisation active.

Dans le domaine de la pathologie générale, elle se présente comme une réaction de réceptivité, réaction sœur de la réaction de Schick, accompagnée comme elle d'une réaction satellite. Sans doute la protéino-réaction streptococcique paraît devoir être moins spécifique que l'anatoxi-réaction. L'auteur estime cependant que l'étude parallèle de ces intradermo-réactions, d'une technique simple et inoffensive, peut ouvrir des horizons nouveaux sur les problèmes de l'immunité et de l'allergie.

Alexie pure à début brusque suivie d'ictus passager avec hémorragie méningée. — MM. ***Jean Michaux, A. Lamache*** et ***J. Picard.*** — Brusquement, un matin, le sujet présente, après un violent mal de tête, une alexie à peu près pure, accompagnée de très légers phénomènes d'agnosie. La malade peut cependant vaquer à ses occupations, mais le soir, ictus avec perte de connaissance durant une demi-heure. Réveil rapide, retour complet de toutes les fonctions ; nul signe neurologique, sauf l'alexie, qui persiste depuis un mois. Au point de vue oculaire, hémianopsie avec rétrécissement du champ visuel, surtout pour les couleurs.

A la ponction lombaire, hypertension intrachidienne (52 au Claude) et hémorragie méningée. Cette ponction lombaire a été suivie d'une amélioration nette de l'alexie et de l'hémianopsie.

M. ***Faure-Beaulieu*** confirme l'analogie étroite entre ce cas et celui qu'il a présenté avec E. Jacquet. Dans celui-ci l'alexie était également pure en tant que symptôme aphasique, mais l'était moins en tant que symptôme agnosique : avant d'être alexique pure, la malade avait été une grande agnosique. Toutefois, dans le cas de Michaux, comme dans le cas publié sous la rubrique d'alexie visuelle, on trouve des symptômes donnant

© BIU Santé

une note agnosique. Ces faits montrent que l'alexie se place en marge de l'aphasie et rentre plutôt dans le syndrome agnosie visuelle.

Pleurésie interlobaire gauche et tuberculose pulmonaire du lobe supérieur droit. — MM. *Rist* et *Coulaud*, rapportent l'observation d'une jeune fille qui après un traumatisme, présente une pleurésie interlobaire gauche avec expectoration et fièvre. Pendant l'évolution, réactivation d'une tuberculose du lobe supérieur du poumon droit ayant nécessité un pneumothorax à la suite duquel l'expectoration n'est bientôt plus bacillifère. Dans un troisième temps, la pleurésie interlobaire se réveille avec expectoration fétide, fièvre, mais sans bacille. Guérison par vomiques successives. Les auteurs insistent sur la tolérance du poumon et posent la question du rapport de la tuberculose avec les traumatismes.

M. *Sergent* fait des réserves sur la guérison définitive de la pleurésie interlobaire et insiste sur le rôle de fortes contusions thoraciques dans la tuberculose traumatique.

Un cas d'obésité monstrueuse. — MM. *H. Grenet* et *L. Pelissier* présentent une femme de 37 ans pesant 207 kilos. Sa taille est de 1 m. 67. L'obésité prédomine aux bras, aux cuisses, au tronc. Les avant-bras et les jambes sont respectés, séparés du bras et des cuisses par un véritable sillon. L'abdomen laisse retomber sur les cuisses un large tablier graisseux. L'aspect des seins est particulièrement impressionnant ; on ne peut les soulever qu'à deux mains, leur poids gêne la malade dans ses mouvements, et ils sont le siège de douleurs sourdes. Le périmètre abdominal atteint au-dessous des seins, à le hauteur de la taille, 1 m. 66 ; à l'ombilic 1 m. 80 ; au niveau des fesses 1 m. 85. Le périmètre thoracique est, sous les aisselles, de 1 m. 47. Il n'existe aucune apparence myxœdémateuse. La malade est cyanosée, asthénique, somnolente, elle ne présente aucun trouble psychique. Ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Elle a toujours été un peu forte ; elle était grosse mangeuse. Mais l'obésité n'a vraiment commencé à se développer qu'il y a 15 ans, à la suite d'un accouchement après lequel les règles sont devenues fort rares (environ 4 fois par an) et toujours très peu abondantes. Il y a un an et demi elle pesait déjà 170 kilog. La réaction de Wassermann est négative dans le sang ; l'urée sanguine est de 0 gr. 25 par litre. L'examen du fond de l'œil est normal. L'aspect radiographique de la selle turcique est absolument normal.

Les épreuves des tests glandulaires montrent un fonctionnement hypophysaire normal, un fonctionnement thyroïdien légèrement exagéré. Le métabolisme basal est très légèrement exagéré. Depuis l'entrée de la malade on a noté : 1° l'apparition de douleurs paroxystiques, dans la cuisse droite, dans le sein droit et l'abdomen ; 2° le développemen de masses adipeuses nouvelles, dans le sein droit et sous le menton.

L'intégrité très relative de la face, l'intégrité des extrémités, les douleurs, permettent de soulever l'hypothèse de syndrome de Dercum. Il n'y a pas, il est vrai de troubles psychiques, mais dans ce syndrome ils sont inconstants. M. Achard a insisté d'ailleurs sur l'imprécision des limites de la maladie de Dercum et a rappelé que, dans l'obésité banale, les extrémités peuvent être peu atteintes et les douleurs peuvent exister. Il s'agit ici d'une obésité diffuse, avec quelques caractères particuliers que nous avons mis en relief.

Les résultats des tests glandulaires et de la radiographie mettent hors de cause l'hypothèse d'une lésion thyroïdienne ou hypophysaire.

Mais l'on est frappé par la coïncidence entre le début de l'obésité et l'apparition de troubles ovariens post-gravidiques. Il y a lieu de retenir aussi l'influence du régime alimentaire très abondant (viande, légumes, pâtes, entremets, pâtisserie, pain) que la malade a longtemps suivi et qui lui était facilité par ses fonctions de cuisinière.

La valeur sémiologique des varicosités liminales baso-thoraciques dans les compressions de la veine cave supérieure. — *MM. M. Chiray et R. Stieffel* présentent un nouveau cas de compression anévrysmatique de la veine cave supérieure et montrent que, dans ce cas comme dans les deux précédents déjà présentés par l'un d'eux, il existe des varicosités liminales baso-thoraciques qui témoignent d'une circulation complémentaire à la limite du réseau cave supérieur. L'importance prédominante de ces varicosités du côté de la circulation complémentaire est prédominante, et montre bien qu'elles sont directement liées à la gêne circulatoire.

A propos d'un cas de dilatation bronchique développée dans une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale consécutive à une pleuro-pneumonie tuberculeuse. — *MM. Sergent, Pruvost et Cottenot* rapportent l'observation d'une jeune fille de 23 ans qui fut prise assez brusquement, en mai 1922, d'une tuberculose subaiguë à type pleuro-pneumonique du côté gauche. En raison de l'unilatéralité et de la présence du bacille de Koch, un pneumothorax fut tenté, mais impossible en raison d'une symphyse pleurale.

Dans une deuxième phase, la sclérose broncho-pulmonaire s'accentue de plus en plus sans s'accompagner de toux ni d'expectoration, comme précédemment. Au cours de la troisième phase au contraire, non seulement la sclérose est plus accentuée, mais aussi apparaissent pour la première fois des signes cavitaires et une expectoration très abondante non bacillifère en rapport avec des dilatations bronchiques, mises en valeur par l'épreuve du lipiodol.

Les rapports des dilatations bronchiques avec la tuberculose sont ici évidents ; il se dégage aussi ce fait que la sclérose pulmonaire joue un rôle dans la pathogénie de la bronchectasie.

M. Rist pense que toute sclérose pulmonaire peut se compliquer de dilatations bronchiques.

M. Sergent insiste sur l'importance de l'inflammation chronique des bronches liée à la sclérose pulmonaire.

Les injections intra-veineuses et intra-musculaires, dans les états psychopathiques et névropathiques. — *MM. Crouzon et Lemaire* relatent les résultats qu'ils ont obtenus par l'emploi du somnifène, en injections intra-veineuses aux doses employées en chirurgie ou en obstétrique pour obtenir l'anesthésie, c'est-à-dire, aux doses de 5, 8 et 10 cmc.

Ils ont obtenu dans ces cas, au bout de quelques secondes, pendant l'injection même, un sommeil profond d'une durée de 24 heures environ, accompagné, dans un cas, d'abolition des réflexes tendineux et cornéens.

Ces injections de somnifène aux doses chirurgicales leur ont rendu les plus grands services chez les grands agités (agitation, maniaque, agitation au cours de la paralysie générale, etc.) alors que les différents médicaments usuels n'avaient qu'une efficacité restreinte, ils ont pu chez ces malades, calmer l'agitation rendre le séjour de ces malades possible au voisinage des autres, supprimer l'épuisement du système nerveux dû à l'agitation prolongée, et par des injections répétées, arriver à gagner du temps, de façon à permettre le maintien de ces malades à l'hôpital.

C'est là un traitement d'exception, il est vrai, mais qui paraît devoir rendre les plus grands services dans la thérapeutique de certains états psychiques.

Les auteurs ont pu, dans un cas de schizophrénie avec mutisme profond, faire parler la malade et procéder à son analyse psychologique.

A côté des injections intra-veineuses, les auteurs ont pu obtenir quelques résultats satisfaisants dans les excitations psychiques moindres, dans les insomnies, par les injections intra-musculaires de 2 à 5 cmc.

Le sommeil vient plus lentement et, est de plus courte durée, mais le résultat de ce traitement est très satisfaisant, dans les petits états psychonévropathiques.

Sur certains symptômes de la lithiase biliaire d'origine réflexe. — *M. Mussio Fournier* (de Montevidéo) signale l'importance diagnostique des symptômes suivants dans le diagnostic de la lithiase biliaire.

1° Il est très fréquent d'observer chez les lithiasiques l'existence de symptômes d'origine réflexe dans le bras droit tels que sensations d'engourdissement ou de névralgies.

Ces symptômes peuvent se présenter en dehors de tout phénomène douloureux hépatique, peuvent représenter le premier trouble dont se plaint le malade et se soulagent par l'applica-

© BIU Santé

tion de la chaleur sur la vésicule même quand celle-ci n'est pas spontanément douloureuse.

La présence d'une parésie réflexe dans le bras droit à la suite d'une violente douleur abdominale doit éveiller l'hypothèse d'une colique hépatique.

2° L'existence de gastralgies *à frigore* (boissons glacées, bains froids) chez un dyspeptique qui ne souffre pas dans d'autres circonstances (excès alimentaires) doit faire penser à la lithiase.

3° L'apparition de violentes douleurs dorsales accompagnées de nausées et même de regurgitations pituitaires n'est pas rare chez ces patients.

4° L'exagération des troubles dyspeptiques à la suite des secousses corporelles (courses en automobiles, cheval, etc.) doit éveiller l'idée d'une lithiase biliaire. L'apparition d'un mouvement fébrile accompagné d'urobilinurie dans ces circonstances est particulièrement significative. L'auteur souligne l'absence de caractère pathognomonique que possèdent tous ces faits, lesquels doivent être considérés comme de simples petits symptômes avertisseurs.

Mutations dans les hôpitaux :
Hôtel-Dieu : ***M. Sainton.***
Broussais : ***M. Laubry.***
Hérold : ***M. Armand-Delille.***
Ambroise-Paré : ***M. Herscher.***
Tenon : ***MM. Paisseau, Lian.***
Andral : ***M. de Jong.***
Broca : ***M. Lœderich.***
St-Périne : ***M. Darré.***
Bicêtre : ***MM. Monier-Vinard, Fiessinger.***

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 novembre 1924.

A propos des anesthésiques. — M. ***Laignel-Lavastine*** montre la grande utilité des injections intraveineuses de mélange de barbiturates de diéthylamine dans les états d'agitation des psychopathes. Dans certains cas, cette même méthode peut permettre l'étude du subconscient dans la période de relâchement psychique qui suit le sommeil.

Syndrome d'asthénie surrénalienne. — M. ***Léopold-Lévi*** apporte une observation de M. Sédillot : un cas d'asthénie neuro-psychique post-émotive et post-fébrile amélioré par le traitement surrénalien. Dans un nouveau cas personnel, M. ***Léopold-Lévi*** a noté la transformation de sa malade par des injections de cortico-surrénale. Elle a fait une deuxième grossesse très favorable, alors que la première s'était accompagnée de vomissements incoercibles.

A propos du pneumothorax opératoire. — M. ***Péraire*** ne le considère pas comme dangereux. Il n'a jamais eu d'accidents en le pratiquant. L'ourlage de la plèvre à la peau lui a toujours donné de bons résultats avec guérison sans fistule. Il préfère la position horizontale.

Cancers recto-sigmoïdiens. — M. ***V. Pauchet*** présente deux cancers recto-sigmoïdiens enlevés depuis 18 jours ; l'un irradié avant l'opération, l'autre non irradié ; le premier avait présenté une rectite intense ; mêmes suites chez ces malades. L'auteur a renoncé au radium et à la radiothérapie sauf dans des cas très spéciaux.

Cancer du côlon droit. — M. ***Pauchet*** présente un côlon ectomisé depuis 2 ans 1/2 pour cancer du côlon droit : état parfait, la suppression du côlon cancéreux a fait disparaître en même temps la stase intestinale chronique.

Névrite plantaire consécutive à une encéphalite myoclonique — M. ***Ozenne*** apporte l'observation d'une femme de 50 ans atteinte en janvier 1923 d'encéphalite myoclonique ayant laissé, à sa suite, de la polynévrite du membre inférieur. Traitement divers pendant une année. En juin 1924, M. Ozenne lui prescrivit sans succès des médicaments. Il lui fit alors localement une injection de 1 ctgr. de chlorhydrate de morphine. Guérison complète dès la 9e injection.

Syphilis frustes. — M. ***Galliot*** décrit la syphilis fruste, affection évoluant avec le minimum de symptômes malgré un traitement nul ou insuffisant. Elle paraît se rencontrer surtout chez les femmes et se traduit par des troubles de gestation. Malgré cette forme fruste, il faut appliquer le traitement énergique et prolongé.

Climats marins. — M. ***Regnault*** rappelant ce que dit Léon Bernard, à savoir qu'alors que les climats côtiers sont souvent à éviter pour les phtisiques, les voyages en pleine mer leur conviennent parfaitement, estime que l'idéal pour la cure serait un ponton solidement amarré en pleine mer : cet idéal est réalisé par les îles qui participent d'autant plus du climat marin qu'elles sont plus éloignées de la côte et plus petites.

Tuberculose fistuleuse du tarse. — M. ***Grimberg*** en présente un cas guéri après 4 piqûres de son collo-vaccin.

Jeûne thérapeutique. — M. ***Natier*** a guéri par un jeûne ininterrompu de 8 jours 1/2 un homme de 50 ans, atteint de sinusite frontale, de sueurs fétides des pieds et d'oxyures.

Un nouvel acidimètre clinique. — MM. ***P. Weill*** et ***Guillaumin*** présentent un nécessaire comportant des réactifs, un tube gradué, une échelle chronométrique, et un petit chromoscope. Technique très simple donnant instantanément l'acidité de l'urine.

H. Duclaux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 novembre 1924.

Traitement de l'occlusion intestinale aiguë. Utilité des fistules intestinales temporaires. — ***Victor Pauchet.*** — Le succès de l'opération dépend de la précocité de l'intervention. Il faut toujours faire une fistule. L'intestin parésié par la stercorémie étant incapable de revenir sur lui-même.

Traumatismes par accidents d'automobiles. — ***Thévenard.*** — A la suite de la communication de Leo, Thévenard croit devoir insister sur la grande importance que peut prendre dans les accidents l'attrition le plus souvent considérable des parties molles ; leur gravité immédiate par le rôle qu'elles jouent dans les accidents phénomènes de shock, leur gravité secondaire par nécrobiose des tissus lésés. Enfin Thévenard remarque le retard de consolidation dans les fractures, comme si la vitalité des tissus osseux eût été ébranlée.

M. ***Leuret*** communique un cas de **tumeur inflammatoire du cæcum** par corps étranger (morceau de bois) implanté dans le cæcum. Le début des accidents remonte à 22 ans. Une réfection partielle du cæcum a été pratiquée. La malade a guéri. L'histoire de la maladie était celle d'une appendicite à crises répétées. C'est le diagnostic qui avait été fait.

Occlusions intestinales de cause double. — Dr ***Barbet.*** — Dans les deux cas présentés, la clinique et la radioscopie indiquent un obstacle du côlon sigmoïde. On incise à gauche et on trouve chez le premier malade un énorme lipome sous-péritonéal, chez le deuxième un étranglement du côlon par bride salpingienne. Or les accidents d'occlusion reprennent quelques jours après et une laparotomie ultérieure révèle chez le premier malade un cancer du sigmoïde qui est extériorisé et guéri ; chez la deuxième un cancer du cæcum. D'où nécessité dans tous les cas d'occlusion, de faire une laparotomie médiane exploratrice.

Du traitement des gros papillomes vésicaux. — ***Jack Mock*** et ***J. Doré*** décrivent la technique qu'ils emploient depuis plusieurs années avec succès. Frappés des résultats médiocres obtenus soit par la taille, soit par la fulguration simple en présence de papillomes volumineux, ils emploient une méthode conjuguée. Après taille hypogastrique, ils font l'ablation de la ou des tumeurs et fulgurent la base d'implantation. Il semble que par ce procédé les résultats soient meilleurs et qu'on soit plus à l'abri des récidives rapides.

© BIU Santé

MÉDECINE PRATIQUE

Guérison rapide des engelures

Le terrain étant traité par la gymnastique élévatoire et la plaie par un pansement et l'Inotyol, la cicatrisation des engelures quelle que soit leur ancienneté, sera rapidement obtenue.

1° *Engelures des mains* :

Pendant 5 minutes toutes les heures, le bras étant placé en élévation, fléchir et étendre énergiquement les doigts. Le gonflement diminue, la circulation se faisant beaucoup mieux.

Éviter de porter les mains ballantes, cette position créant la stase.

2° *Engelures des pieds* :

Faire étendre le malade sur le dos, et lui faire élever alternativement les membres inférieurs, pendant qu'il fléchira et étendra les orteils énergiquement. Répéter cette manœuvre toutes les heures, pendant 5 minutes, si possible.

Supprimer tout lien constricteur.

Soigner les varices existantes.

3° *Pansement* :

Enduire les lésions d'une épaisse couche d'*Inotyol*. Panser à la gaze, renouveler le pansement chaque jour.

Nettoyer la plaie avec de la vaseline ou de l'huile stérile.

Éviter soigneusement, l'eau et le savon.

4° *Traitement général*

L'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou d'arséniate de soude, sera un adjuvant utile.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : **Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.**

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et 50 %, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).
43, Rue Pinel, à **SAINT-DENIS,** *près* **PARIS**

Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

Thérapeutique sédative des Syndromes nerveux pathologiques

	INDICATIONS :	PRÉSENTATION :
GARDENAL Hypnotique, Puissant sédatif nerveux. Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Asiles de la Seine, les Hôpitaux et Asiles des Départements.	Épilepsie essentielle, Épilepsie Jacksonienne, Convulsions de la première enfance. Chorée, Tétanie infantile, Insomnies des Parkinsonniens, Insomnies rebelles des grands agités, etc.	En tubes de 20 comprimés à 0,10. — 30 — 0,05. — 80 — 0,01. (Ces derniers pour la thérapeutique infantile).
SONERYL Butyl-éthyl-malonylurée. Hypnotique analgésique.	*Hypnotique spécifique des insomnies causées par l'élément douleur :* Névralgies intercostales, névralgies dentaires, douleurs rhumatismales, coliques hépatiques et néphrétiques, goutte, sciatique, etc. Insomnies des pneumoniques.	En tubes de 20 comprimés à 0 gr. 10.
QUIETOL Bromhydrate de Diméthyl-amino-valéryloxyisobutyrate de propyle.	Nervosisme, Neurasthénie, Troubles nerveux de la menstruation et de la ménopause. Tachycardie, Fausse angine de poitrine. **Toutes les indications des valérianates.**	En tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50.
ALGOLANE Salicyldioxyisobutyrate de propyle.	Anti-rhumatismal externe non irritant. Succédané inodore du Salicylate de Méthyle.	En flacons stilli-gouttes de 15 grammes.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

Société anonyme au capital de 40 millions de francs

Siège social : 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS (3e)

R. C. Seine : 5.386.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

Cancer de l'utérus par le Prof. J.-L. FAURE. 1 vol. in-8 de 228 p. avec 113 figures et 4 planches (G. Doin éditeur).

Voici un beau livre, d'une lecture attachante, richement illustré, que tous les médecins doivent lire parce qu'il montre les résultats magnifiques obtenus par la chirurgie dans la lutte contre le cancer.

Après avoir rappelé succinctement, mais avec précision, les notions bien établies concernant l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, la marche et le diagnostic du cancer du col, le professeur J.-L. Faure s'attache surtout à l'étude du traitement de cette affection.

La *Curiethérapie* a des indications limitées. Dans les cas inopérables, le traitement par le radium est le meilleur traitement palliatif « cent fois supérieur à tous les autres ». Dans les cas opérables, l'opération précoce a donné plus de guérisons persistantes que le radium.

J.-L. F. n'est partisan ni de la curiethérapie postopératoire ni de la curiethérapie préopératoire. « Les malades qui ont reçu du radium après l'opération ont une proportion de récidives sensiblement plus forte que celles qui n'en ont pas eu. »

La curiethérapie postopératoire a été funeste dans un cas.

Plus de 130 pages de l'ouvrage sont consacrées au traitement chirurgical proprement dit.

La première question qui se pose quand on se trouve en présence d'un cancer du col utérin est celle de savoir s'il est ou non justiciable d'une intervention chirurgicale. Le signe clinique capital qui permet à lui seul de juger l'opérabilité du cancer c'est la mobilité utérine. Lorsque la mobilité n'est pas parfaite, mieux vaut en général s'abstenir.

L'amputation du col doit être abandonnée, au moins en principe.

Le seul traitement du cancer du col c'est l'hystérectomie vaginale ou abdominale. De belles figures sont consacrées à l'hystérectomie vagino-péritonéale, supérieure à l'hystérectomie vaginale mais très inférieure, à l'hystérectomie abdominale large.

Celle-ci est décrite dans tous ses détails. M. J.-L. Faure se place à gauche de la ligne médiane, fait une incision abdominale médiane longue, assure l'hémostase préventive par la ligature des artères hypogastriques, recherche et dégage avec soin les uretères. « Toute hystérectomie dont on ne voit pas les deux uretères est une opération mal faite »

L'opération terminée, le vagin est laissé ouvert et depuis 3 ans J.-L. F. emploie systématiquement le drainage de Mikulicz. L'auteur étudie longuement ce procédé de drainage qui réduit la gravité opératoire de l'hystérectomie abdominale.

Voici les résultats obtenus. Dans les cas où le cancer est encore tout à fait au début, la guérison définitive est la règle et la récidive l'exception. 80 à 90 pour 100 des cas opérés restent guéris.

Dans les cas moyens, avec vagin un peu envahi mais avec une mobilité utérine encore à peu près parfaite, les guérisons définitives se rencontrent encore dans la moitié des cas.

Dans les cas mauvais avec infiltration des ligaments larges et perte sérieuse de la mobilité utérine, la récidive est la règle, la guérison radicale l'exception.

Dans l'ensemble des cas, 50 pour 100 des cas restent guéris d'une façon durable.

Les résultats de l'hystérectomie élargie « dépendent avant tout de l'expérience et de la valeur du chirurgien qui l'exécute ».

Le livre se termine par l'étude du cancer du corps de l'utérus qui est fréquent, contrairement à ce que l'on croyait autrefois.

Il doit être opéré. Le radium donne ici des résultats médiocres, tandis que l'opération en donne d'excellents.

Si le diagnostic, avec ou sans curettage explorateur est certain, c'est à l'hystérectomie abdominale que l'on aura recours. Chez certaines femmes trop grasses, chez lesquelles l'hystérectomie totale est difficile, J.-L. F. conseille d'avoir recours à l'hystérectomie, plus simple et plus bénigne.

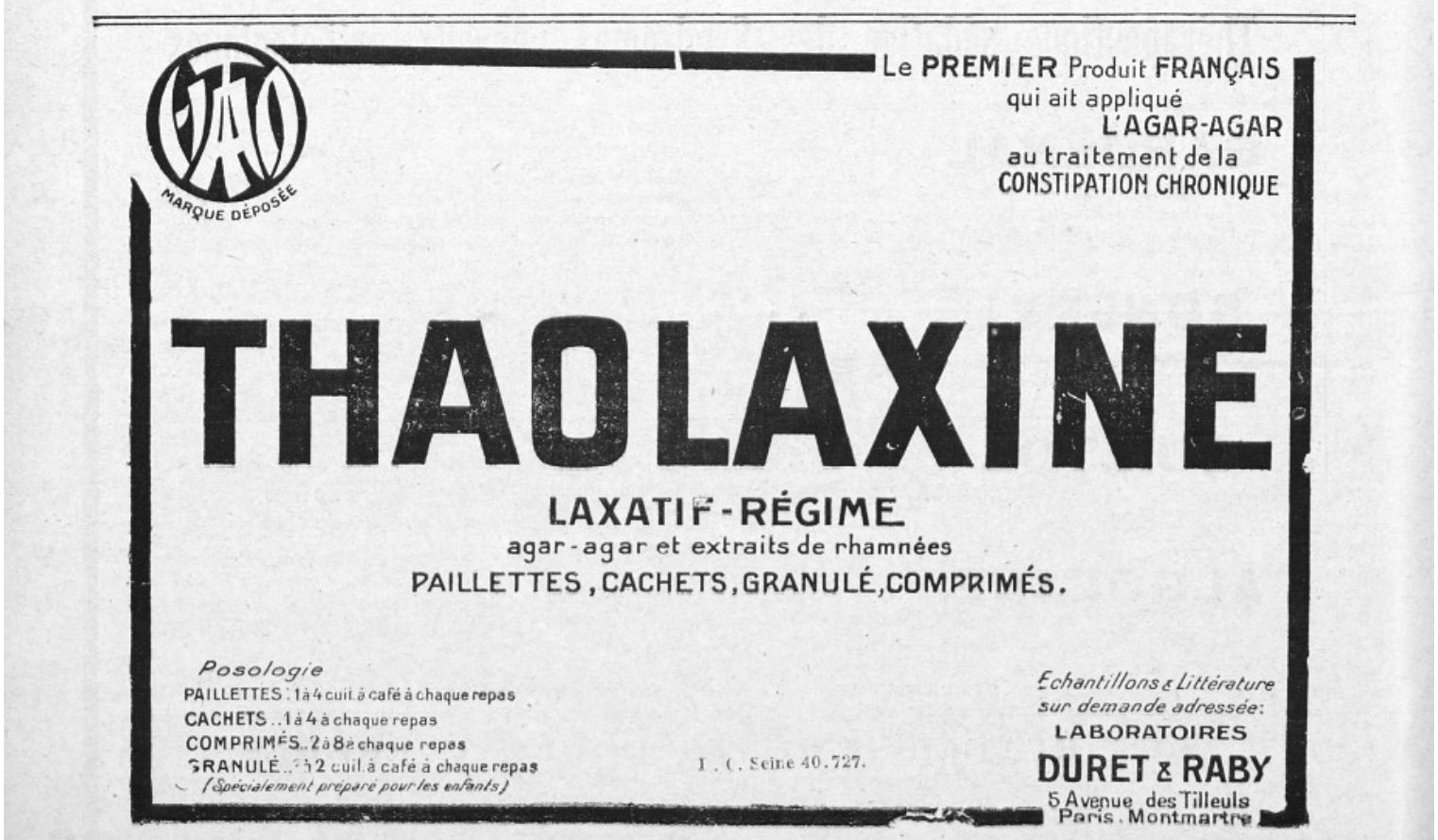
L'hystérectomie pour cancer du corps est une opération sérieuse, plus sérieuse même qu'une hystérectomie large pour cancer du col, parce qu'il s'agit de femmes âgées et peu résistantes et qu'un cancer du corps est toujours plus ou moins infecté.

M. C.

Les syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile, par le Docteur Pierre LEREBOULLET 1924. 1 vol. in-16, 130 pages, 10 figures texte ; 7 fr., J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

C'est à étudier l'hypophyse et l'épiphyse, en envisageant la double influence du cerveau régulateur et de ces glandes qui lui sont annexées, que le docteur Lereboullet a consacré cet ouvrage. Préciser l'état de nos connaissances, distinguer ce qui est l'hypothèse et ce qui est fait démontré, établir les limites qu'il faut attribuer au rôle de l'hypophyse et de l'épiphyse dans les troubles dystrophiques, dire dans quel sens doit être poursuivie l'étude anatomo-clinique des cas où on suspecte leur intervention, exposer enfin les conclusions thérapeutiques légitimées par les notions actuellement recueillies, tel et le but poursuivi par l'auteur

(*Voir la suite page* 1142.)



© BIU Santé

TRAVAUX ORIGINAUX

Le délire des dégénérés

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — *Critique de l'expression délire des dégénérés. Dégénérescence mentale et responsabilité atténuée. Délire des dégénérés et démence précoce. Curabilité. Terminologie : hyperthymie délirante, confuse, ou polymorphe, ou mal systématisée. Une observation et conclusions.*

Le délire des dégénérés de Magnan paraît bien avoir une existence propre. Nous voulons en rapporter ici une observation : auparavant nous rappellerons les raisons pour lesquelles cette expression doit être abandonnée ; ensuite nous la commenterons (cette expression) au point de vue clinique, diagnostique et pronostique. Nous verrons ainsi à quels troubles elle répond exactement et quelles modifications terminologiques on peut proposer.

A) L'expression délire des dégénérés, et plus spécialement l'expression globale « les dégénérés », est péjorative, et elle est vague. Elle a contre elle le point de vue humain. On ne pourra bientôt plus dire d'un individu qu'il est un dégénéré. Qu'on le veuille ou non, ce terme trop compréhensif est pris en mauvaise part. Sa qualité scientifique est insuffisante. C'est en vain qu'on essayerait d'assimiler l'expression : « C'est un dégénéré » à l'expression : « C'est un tuberculeux », ou « C'est un syphilitique ». Humainement parlant, l'expression a vécu.

Elle est vague, elle est confuse par suite d'une extension démesurée et fausse. A un médecin qui n'a pas entendu Magnan, il est difficile de se faire une idée claire, avec les œuvres de cet auteur, des faits cliniques qui correspondent à la dégénéreseence mentale. Poussé à s'expliquer, Magnan a dit que le dégénéré était un déséquilibré : mais ce n'est là qu'une métaphore, et derrière cette métaphore, qu'y avait-il ? Une complexion formidable.

On ne peut préciser et comprendre, croyons-nous, la dégénérescence mentale, qu'à la condition de séparer nettement les troubles émotionnels, ou phénomènes dysthymiques, qui sont essentiels chez les « déséquilibrés », d'abord des troubles intellectuels (phénomènes dysphréniques), ensuite des troubles névrosthéniques (phénomènes dysthéniques).

Une catégorie sociale a été favorisée par l'expression : « C'est un dégénéré », mais l'abus qu'on en a fait paraît rétrocéder ; ce sont les pervers. Il n'est pas douteux que c'est la dégénérescence mentale qui a conduit les médecins à conclure, inconsidérément, à la responsabilité atténuée. Cela a peut-être été un bien au début, du point de vue moral, mais cela a été un mal ensuite, parce que la très vieille classification des hommes en trois catégories (normaux, aliénés, pervers) reste capitale *pratiquement* parlant. Cela démontre que les incursions de la science dans le domaine de la vie ne sont pas toujours, systématiquement, heureuses ou avantageuses. La science a l'excuse de l'évolution constante, alors que l'homme reste le même, ou à peu près le même, au cours des siècles connus.

B) Le terme « dégénéré » est donc condamné. L'erreur de Kraepelin et des kraepelinistes a été de faire entrer tous les délires des dégénérés dans la démence précoce ou dans la psychose maniaco-asthénique ; l'erreur est plus grave pour la psychose périodique, que pour la démence précoce. Mais il y a certainement — c'est le point qui nous intéresse, — une grande difficulté à dire qu'un délire de dégénéré évoluera ou n'évoluera pas vers la démence précoce. Les diagnostics affirmés par les spécialistes en dehors de l'asile des aliénés ne nous semblent guère exacts que dans vingt ou trente pour cent des cas. C'est que les signes de catatonie (suggestibilité, catalepsie, négativisme, stéréotypies), les signes d'indifférence affective, ne sont pas toujours bien nets, ou si l'on préfère, sont de constatation difficile, délicate, ou encore sont insuffisants. Nous ne voyons pas de symptômes précis, pratiques, qui donnent immédiatement la certitude, soit dans le sens de la curabilité d'un délire polymorphe, soit dans le cas de démence précoce. L'hérédité vésanique, la notion de troubles constitutionnels de l'émotivité ou de l'intelligence, etc., n'ont pas, pour nous, de signification bien particulière ; si elles assombrissent le pronostic ce n'est qu'à un faible degré et dans quelques cas très exceptionnels. Il ne reste alors que l'enseignement de l'évolution pour nous permettre de poser un diagnostic définitif et c'est la preuve d'une grande faiblesse de l'observation clinique immédiate.

C. Depuis longtemps nous avons supprimé de notre terminologie l'expression délire des dégénérés. Tous les syndromes psychopathiques, vésaniques, paranoïaques ou paranoïdes, ainsi dénommés et classés — comme tous les délires, sauf les délires aigus toxiques et infectieux — ont une origine émotionnelle ou passionnelle. Chez tous les délirants « dégénérés » les phénomènes émotionnels ou mieux dysthymiques sont particulièrement aisés à constater : c'est toujours à l'occasion ou à cause de chagrins, d'ennuis, d'inquiétudes, de contrariétés, d'espoirs extraordinaires, etc., que le délire éclate ou survient. De là notre expression « hyperthymie délirante » aiguë ou chronique pour désigner toutes les vésanies qui sont marquées à leur origine par des troubles émotionnels.

Parmi les malades hyperthymiques délirants, les uns présentent un délire clairement systématisé, les autres un délire confus, plus ou moins cohérent, polymorphe. C'est là le fait que Magnan a bien établi. Mais la différence qu'il a voulu fixer entre le délire des dégénérés et l'affection qu'il a dénommée le « délire chronique », est inadmissible ou considérablement excessive. Toutes espèces de variétés cliniques et toutes espèces de variétés d'évolution sont susceptibles d'être observées quel que soit le terrain : il y a des types cliniques assez précis, mais ils sont rares, et le pronostic du spécialiste en cette matière doit être réservé, s'il peut être, dans la discussion, très varié.

Pour différencier les « délires de la dégénérescence » des délires à tendances nettement systématiques, nettement cohérentes, nous avons adopté les dénominations suivantes :

I. L'*hyperthymie délirante systématique* (aiguë ou chronique, hallucinatoire ou interprétative : interprétative, — première période, — hallucinatoire, deuxième période, etc.) ;

II. L'*hyperthymie délirante mal systématisée* ou polymorphe (aiguë ou chronique, hallucinatoire ou interprétative, etc.), avec, quand elle est durable, évolution pos-

© BIU Santé

sible, mais non certaine, vers l'hypothymie chronique (démence précoce). Ce qui est remarquable dans cette deuxième forme vésanique, c'est la multiplicité et la mobilité des signes sensoriels, idéatifs et émotionnels. La prédisposition au délire est là particulièrement évidente ou éclatante.

Cette distinction permet de constituer les variétés cliniques forcément très nombreuses » :

1° L'hyperthymie aiguë délirante systématique hallucinatoire : fait d'observation exceptionnelle ;

2° L'hyperthymie aiguë délirante systématique interprétative ; fait également d'observation exceptionnelle ;

3° L'hyperthymie chronique délirante systématique hallucinatoire : délire chronique de Magnan ;

4° L'hyperthymie délirante systématisée interprétative : délire d'interprétation de MM. Sérieux et Capgras :

5° L'hyperthymie aiguë délirante mal systématisée, ou polymorphe, hallucinatoire : d'observation courante ;

6° L'hyperthymie aiguë délirante, mal systématisée, ou polymorphe, interprétative, d'observation rare ;

7° L'hyperthymie chronique délirante, mal systématisée, hallucinatoire : délire systématisé chronique des dégénérés (?) sans démence ;

8° L'hyperthymie chronique délirante, mal systématisée, interprétative : délire systématisé chronique des dégénérés (?), sans démence.

Il y a aussi un délire de revendication, — délire avec idées obsédantes simples et impulsivité extrême, — qui est tantôt aigu, tantôt chronique, tantôt clair et nettement systématisé, tantôt obscur, confus et incohérent (mais toujours sans démence) (1).

D. Voici un cas d'hyperthymie aiguë délirante, mal systématisée, interprétative d'abord, puis hallucinatoire. La vésanie ou psychose s'est développée rapidement, elle a guéri en quelques mois.

***

Résumé de l'observation. — *Soldat, 39 ans (1915). Mobilisé le 3 mars 1915 ; à l'arrivée à la caserne, discussion avec le sergent de garde. Très vite, insomnie par idées obsédantes et craintes, puis délire. Hospitalisation le 6 mars. Syndrome hyperthymimique aigu délirant hallucinatoire. Le 18 mars, congé de convalescence de trois mois. Guérison. Séjour au front : 27 juillet 1915-24 février 1917. Pas de récidive. A ce jour (4 septembre 1922), guérison maintenue.*

Alléev... Jean-Baptiste, 39 ans, soldat du n[e] régiment d'infanterie coloniale, riveur aux Chantiers de la Loire, est entré à l'H. M. Baur, le 6 mars 1915.

Histoire clinique. — A... fut mobilisé le 3 mars 1915. En arrivant à la caserne, vers 15 heures, il a une petite discussion avec le sergent de garde, qui refusait de laisser entrer les hommes appelés en alléguant que ces hommes n'avaient pas le droit de coucher, ce soir-là, à la caserne. A... lui dit en riant : « Sergent, c'est pour nous effrayer, on sait ce que c'est, on a servi. » Là-dessus le sous-officier s'emporte et garde le protestaire au poste. Celui-ci cherche à s'échapper : on le rattrape. Le sergent rapporte que A... a été malhonnête, impoli envers lui. Finalement A... est relâché et rejoint ses camarades. — La nuit fut assez bonne, mais le sommeil avait été lent à venir : A... avait parlé longtemps avec les camarades de sa discussion avec le sergent.

Le 4, A... ne fait rien à la caserne : il attend comme les autres qu'on l'habille. La discusion de la veille le tracasse : il a peur d'être puni. Dès qu'il aperçoit un gradé, il pense que ce gradé s'avance pour lui. Comme il « entend haut », il ne comprend pas bien ce que ses camarades disent entre eux ; cela l'ennuie, il se figure qu'on parle de lui et qu'on « rigole » de son histoire. Il est triste parce qu'il est abandonné de tout le monde, parce que personne ne l'accoste. Bientôt il pense qu'on le regarde de travers, qu'on le montre du doigt. Ça l'énervait, ça le rendait malade. Il croit entendre : « Regardez-le donc, regardez-le donc... A-t-il l'air bête ! Quel imbécile ! Quelle brute ! Avait-il besoin d'aller parler au sergent ? » — La nuit fut sans sommeil.

Le 5, on continue à se moquer de lui ; les camarades causent entre eux. Il les entend dire : « A-t-il l'air bête ! A-t-il l'air c... ! » Il va trouver le lieutenant et lui demande à changer de compagnie, ou à partir pour le front : le lieutenant le présente au capitaine. A... raconte ses ennuis, il dit qu'il va lui arriver un malheur, qu'il veut partir. Un peu soulagé, cependant, il passe une meilleure nuit.

Le 6, il va à l'exercice. Et toujours on le laisse de côté, on le montre du doigt, on cligne de l'œil, on l'injurie, etc. Il est très affecté. Le soir, comme il est agité, on le fait hospitaliser.

Etat actuel, 8 mars 1916. — Depuis l'entrée, A... est assez calme, mais les nuits sont médiocres.

Il dit : « Ici, je n'ai causé avec personne. Je suis tout ennuyé. Ils m'ont frappé au cœur (il montre l'épigastre) en disant ce qu'ils ont dit J'y pense toujours : j'ai peur. Quand on m'a amené ici (au bureau médical), je croyais que c'était pour me fusiller. Il y a un moment l'étudiant en médecine est venu pour mettre des pointes de feu à un malade, je croyais que c'était pour moi, l'appareil, et qu'on allait me torturer. J'ai dit : « C'est tout de même malheureux de s'attaquer à moi. » J'ai ajouté, en me levant ; « Laissez-moi aller gâter de l'eau, avant de me tuer. » Tout le monde a ri. Ça me punit encore. Mais c'est malgré moi, j'ai peur... J'ai toujours le cœur serré. Ça tient bon pour respirer. Il me semble qu'on dit : Il est fou. Il est fou. »

L'état somatique est satisfaisant. Les réflexes rotuliens sont vifs. Pas d'appoint éthylique.

Antécédents. — Une sœur (sept enfants) a présenté des crises d'hystérie. Personnellement, rougeole à 6 ans, paludisme à 9 ans, « coup de sang » à 15 ans. Instruction primaire. De 12 à 21 ans, domestique de ferme. Trois ans de service militaire. De 24 à 39, ouvrier riveur aux Chantiers de la Loire. Marié deux fois à 20 ans (1895) et à 33 ans (1908) : quatre enfants de la première femme (un vivant), trois de la seconde (deux vivants). Caractère sensible, mais aucuns troubles mentaux jusqu'à maintenant.

Evolution. — L'état délirant reste stationnaire pendant les jours qui suivent. Le 13 (mars 1915), il parait mieux et se décide a jouer aux cartes. Au milieu du jeu, il se lève et dit : « A quoi bon continuer, puisque je dois mourir cette nuit ? Je vois bien qu'on va me fusiller, on aurait dû prévenir ma femme et mes enfants. »

18 *mars* 1915. — A... sort avec trois mois de convalescence. Il est confié aux soins de sa femme.

27 *juillet*. — Il est rentré guéri à son dépôt le 19 juin, après avoir déliré chez lui durant environ un mois et demi. A cette date (27 juillet), il part pour le front.

24 *février* 1917. — Il est resté aux armées (service de l'arrière) jusqu'à cette époque. Le délire n'a jamais reparu. A ce jour, il rejoint St-Nazaire comme ouvrier riveur.

4 *septembre* 1922. — Il a été placé et affecté aux Chantiers de la Loire jusqu'à sa démobilisation et il continue à y être employé. « Il ne lui faut pas beaucoup de contrariétés, dit-il, ou tout de suite son malheureux cerveau se met à travailler. » Il est très stable cependant dans sa profession.

***

On voit bien dans cette observation les troubles émotionnels à l'origine du délire. Il s'agit d'une contrariété

(1) Voir R. Benon. — 1° Les maladies mentales et nerveuses et la guerre. *Rev. neurol.*, 1916, I, février, p° 210 ; 2° La dégénérescence mentale et la guerre. Classification des maladies mentales et nerveuses. *Rev. neurol.*, 1918, nov.-déc. ; 3° Psychose périodique et délire des dégénérés. *Bull. médic.*, 1922, p. 383, 10 mai ; 4° Délire polymorphe et guérison. *Bull. de la Soc. cliniq. de méd. ment.*, 1922., p. 62, février ; 5° *Eléments de pathologie mentale clinique et médecine légale* 1922, Paris, Doin, etc.

© BIU Santé

très simple, mais le patient a pris cela à cœur. L'insomnie, les interprétations fausses et absurdes, puis les hallucinations, tous ces symptômes se sont développés très vite. La guérison s'est maintenue : il n'y a pas eu de récidive de 1915 à 1922. Ils s'agissait ici d'un délire dégénératif, mal systématisé ; les troubles constitutionnels du caractère sont certains.

L'expression globale « les dégénérés » doit être abandonnée parce qu'elle a un sens péjoratif et qu'elle est trop vague scientifiquement parlant. La notion de la dégénérescence mentale a eu des conséquences fâcheuses au point de vue pratique de la responsabilité pénale et civile. Cliniquement, le délire des dégénérés n'évolue guère vers la démence précoce que dans trente pour cent des cas, sauf à l'asile où l'on ne place que les cas graves. Dans notre terminologie, nous remplaçons le mot délire des dégénérés par l'expression *hyperthymie délirante mal systématisée ou polymorphe*. ou confuse, qu'elle soit hallucinatoire, interprétative, aiguë ou chronique, curable ou incurable. L'observation que nous rapportons est un cas de guérison maintenue (1915-1922).

NOTES DE MYCOLOGIE PRATIQUE

L'étude des champignons pathogènes, dont l'importance s'accroît chaque jour est, dans ses points les plus importants, à la portée de tout médecin possédant un microscope. En effet, la plupart des cultures se font à la température du laboratoire, l'étuve est donc moins indispensable qu'en bactériologie.

D'autre part, le succès habituel de la thérapeutique à laquelle conduisent des recherches relativement simples font un devoir de les entreprendre dans les cas suspects. Ne nous plaçant d'ailleurs ici qu'au point de vue directement pratique, nous n'aurons en vue que les plus courants d'entre ces agents pathogènes, renvoyant aux traités magistraux ceux qui désirent les étudier d'une façon approfondie.

L'étude d'une affection mycosique comprend au moins deux catégories de recherches. Sauf exception, on doit mettre en évidence le champignon à la fois par examen direct et par culture. En effet, souvent l'examen direct seul ne permet pas la détermination. Quant à la culture sans constatation préalable du champignon dans la lésion, elle risque d'induire en erreur et peut ne dépendre que d'une contamination accidentelle du tube. D'autres recherches : inoculation aux animaux, réactions biologiques diverses, peuvent apporter un appoint d'intérêt plus exceptionnel ; c'est alors affaire de spécialiste.

Comment faire les prélèvements utiles ? Aussi aseptiquement que possible, puisqu'ils serviront à la fois à l'examen direct et à la culture.

Le pus devra être prélevé avec une seringue autoclavée, après aseptisation de la peau à l'alcool. S'il y a ulcération, on ne pourra pas aseptiser et on prélèvera directement à la pipette. Le pus ou les crachats suspects s'examinent en général, soit directement, entre lame et lamelle, soit sur frottis colorés par la méthode de Gram, puis par la fuchsine diluée.

Les grains, le cérumen, les fragments de godets faviques devront être recueillis entre les faces, toutes deux flambées, de deux lames. Ainsi peut être conservé et abrité contre les contaminations un matériel qui servira à la fois à l'examen direct et à la culture. C'est ainsi également que pourront être conservés les squames et les cheveux ou poils.

Les squames peuvent être recueillies par grattage, à la curette ou au bistouri, au-dessus de la surface flambée d'une lame. Si elles sont adhérentes et d'une épaisseur relative, on pourra auparavant, aseptiser la place avec un peu d'alcool.

Les cheveux ou poils doivent être pris en plein dans la zone malade. Ceux d'entre eux qui paraissent blanchâtres, altérés, sont à rechercher avant tout. Une loupe est souvent nécessaire. Le prélèvement sera fait avec une pince à épiler flambée.

Les ongles, préalablement aseptisés à l'alcool seront maintenus par une pince flambée pendant qu'avec des ciseaux ou un bistouri stérile, on en prélèvera la partie suspecte. Choisir de préférence les parties épaisses et friables, et couper aussi loin que possible vers la matrice. L'examen étant souvent difficile, devant souvent être repris plusieurs fois, il est nécessaire de recueillir d'emblée un matériel assez abondant et de le conserver d'une façon aseptique.

G. SOLENTE.

ACTUALITÉS

Les Sourds-Muets (1)

Après avoir lu, avec un intérêt croissant, le très beau, le très bon livre du Dr de Parrel et de Mme Lamarque, je dois confesser, à ma grande confusion, que je faisais partie de la masse des gens, pour qui, suivant l'expression de Mr. Dautresme dans son excellente préface, « les sourds-muets ne sont de rien. » Je me les figurais mûrés dans leur vie intérieure, perdus dans le désert du silence, réunis seulement avec leurs pareils par les bizarres communications d'une télégraphie optique, isolés enfin du reste des humains, plus curieux de leur état qu'intéressés à leur condition. « Ce livre sera pour eux (la masse des gens), dit M. Dautresme, un coup de lumière. » Et nous avons appris en effet par quel prodige d'énergie et d'ingéniosité, ces déshérités, ces pauvres enfants étonnés devant un incompréhensible mystère, arrivent en s'aidant du tact et de la vue à comprendre enfin et à réaliser eux-mêmes le miracle de la parole. Ainsi l'éducation en leur révélant la plus humaine, la plus vibrante expression de la pensée leur donne-t-elle une seconde fois la vie ; car ce sont bien des hommes avec toutes leurs agitations et leurs sentiments affectifs qui sortent des mains de leurs éducateurs et de leurs médecins. Peut-être sont-ils moins attirés que la plupart vers les fièvres de la vie extérieure ; leurs grandes joies sont celles du travail et de l'intimité ; l'art, cette grande lumière intérieure, qui jaillit si souvent dans l'or du silence, a permis à beaucoup d'atteindre la célébrité ; mais ils connaissent surtout les bonheurs calmes et recueillis : ils possèdent « le Trésor des Humbles ». Les magnifiques pages de Maeterlink semblent avoir été écrites par rapport à eux.

***

Le livre de M. de Parrel et de Mme Lamarque constitue donc une haute leçon de philosophie et ce n'est pas le moindre mérite de cet ouvrage, qui est à la fois une histoire, un guide de sociologie, un traité d'éducation, enfin et surtout un livre de Médecine et de Prophylaxie.

(1) Dr DE PARREL et Mme Georges LAMARQUE. — Les Sourds-Muets. Etude médicale, pédagogique et sociale. Les *Presses Universitaires de France*. Edit. Paris 1924

© BIU Santé

Car la surdi-mutité n'est pas une fatalité devant quoi il n'y ait plus, pour le médecin, qu'à laisser la place à l'éducateur. Le rôle médical apparaît comme primordial, ici comme ailleurs, dans cette lutte contre le mal déclaré ou les causes qui le déterminent ; il suffit, pour en apprécier toute l'importance, de relever, dans la première partie, clinique et prophylactique, de l'ouvrage de de Parrel, tout ce qui concerne l'influence de la syphilis, — cette grande pourvoyeuse d'infirmités, — sur les fâcheuses surdités déjà définitives à la naissance ou progressivement complétées au cours des toutes premières années. *La syphilis héréditaire, voilà l'ennemi* ; Voilà la chose qui, par extraordinaire, n'a guère été dite et que de Parrel exprime avec une précision, une conviction, digne d'entraîner celle de tout le monde.

Certes la syphilis n'est pas la seule cause, mais elle est bien la principale. A ce point de vue il faut distinguer les surdi-mutités héréditaires et acquises : la moitié au moins des cas de la première catégorie sont dus à l'hérédo-syphilis et les autres causes admises, comme la consanguinité, mériteraient pour être confirmées, qu'une sévère enquête ait éliminé tout d'abord la syphilis chez les conjoints et leurs enfants sourds.

Pour les surdi-mutités acquises, la syphilis ne paraît au contraire intervenir qu'exceptionnellement, et c'est la méningite cérébro-spinale, unie aux infections génératrices d'otites, qui porte la responsabilité la plus grande dans la genèse de l'infirmité.

A vrai dire, l'étude statistique des rapports de la surdi-mutité avec l'hérédo-syphilis est encore fort incomplète ; car il la faudrait systématique. Il faut, comme le conseille de Parrel que tout examen médical d'un sourd-muet comporte, en plus des autres investigations nécessaires, la recherche minutieuse de tous les signes cliniques et sérologiques capables de déceler la syphilis chez l'enfant et les ascendants ; et ce n'est pas dans les écoles de sourds-muets que pareils examens devront être faits, trop longtemps après la naissance ; c'est à l'origine même, dans la famille, avant que l'infirmité ne relève plus vraiment que de l'éducation compensatrice. Les stigmates d'hérédité syphilitique sont assez connus et rappelés dans le livre de de Parrel pour que nous n'insistions pas sur leur valeur ; mais on aurait tort, en leur absence, de conclure à l'influence nulle de la syphilis, d'autant mieux qu'ils représentent surtout des troubles de la croissance, dont la netteté est relativement tardive ; ce n'est pas entre cinq et dix ans qu'il faut faire le diagnostic du mal héréditaire ; c'est le plus près possible de la naissance. C'est alors que les examens sérologiques pourront être d'un grand secours, surtout si on leur applique les procédés de grande sensibilité, comme la réaction de Hecht avec certains antigènes et la réaction classique de Bordet-Wassermann, avec l'antigène cholestériné de Desmoulières, qui est l'un des meilleurs réactifs sérologiques de l'hérédo-syphilis.

On devine ainsi l'importance du rôle que doit assumer le médecin dans la prophylaxie de la surdi-mutité et qui diffère en somme fort peu de celui qu'il remplit dans la prophylaxie générale des accidents de la syphilis héritée :

Interdiction du mariage des syphilitiques avant que toutes les garanties aient été prises pour la guérison certaine ou suffisante des deux conjoints ;

Traitement systématique de la mère syphilitique durant tout le cours de la grossesse ;

Traitement de l'enfant dès sa naissance, pour peu qu'on ait le moindre doute sur la guérison des géniteurs.

Dépistage et traitement précoce de tous les enfants hérédo-syphilitiques.

Ici, comme toujours et plus encore peut-être que pour les autres manifestations de la syphilis, il importe d'arriver à temps ; car l'organe cochléaire est un bien fragile édifice, qui ne se pourrait réparer. C'est pourquoi les hérédo-syphilitiques des institutions de sourds-muets n'ont que peu à espérer de la thérapeutique anti-syphilitique. Nous désirerions cependant être fixés sur l'intensité et la longueur du traitement généralement mis en œuvre en pareil cas, avant d'affirmer l'inutilité, ou tout au moins l'inefficacité du traitement sur la lésion auditive. La collaboration du syphiligraphe et de l'otologiste serait à souhaiter pour préciser ce qui pourrait en être espéré.

On ne saurait analyser un livre qu'il faut lire et dont les multiples aspects le rendent également utile aux médecins, conseillers techniques et guides autorisés des familles anxieuses de connaître l'avenir réservé à leur enfant ; aux parents, heureux d'y trouver condensés bien des renseignements sur les établissements d'instruction, la vie qu'on y mène, les résultats qu'on y obtient ; aux pédagogues, intéressés par la technique spéciale de l'éducation, perfectionnée dans un véritable centre d'études modernes expérimentales (Laboratoire de la parole) ; aux sociologues enfin, dont les déshérités de l'ouïe sont en droit d'attendre des mesures particulières d'assistance et de protection.

***

On est heureux de voir émerger parfois de la masse des publications scientifiques un beau travail, dont la portée générale lui donne la valeur d'une bonne action ; le livre du Dr de Parrel et de Mme Lamarque a bien cette signification ; on devine à chaque page que le médecin distingué et la patiente éducatrice sont animés par la passion de la bonne œuvre poursuivie ; dans le travail qu'ils ont courageusement accompli, on sent qu'ils ont eu bien souvent devant eux les regards voilés de mélancolie de leurs jeunes élèves ; mais leur style élégant, leurs images souriantes, ne nous ont pas permis de les apercevoir ; nous n'avons remarqué que des garçons studieux, des sportifs entraînés, des travailleurs fervents, des artistes célèbres, des soldats valeureux, enfin de charmantes fillettes au milieu de leurs jeux et même des femmes au corps souple, animées, comme toutes celles que nous connaissons, du démon de la danse et peut-être bien encore de la folie des cheveux coupés.

Louis Bory.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1924

Vaccine. — M. L. *Camus* au nom de la Commission permanente de vaccine, donne lecture du rapport annuel sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France et en Algérie au cours de l'année 1923. Le service a fonctionné d'une façon plus satisfaisante que les années précédentes. Tous les départements ont envoyé leurs états relatifs aux opérations vaccinales ; presque partout le nombre des opérations est en voie d'accroissement bien que le chiffre des naissances soit, au contraire, nettement en diminution. Les listes communales relatives aux opérations vaccinales qui ont toujours, depuis le début de l'application de la loi du 15 février 1902, donné lieu à des réclamations à cause de leur multiplicité et de leur complexité, ont été réduites et simplifiées par l'administration centrale, conformément au désir de l'Académie. Une seule liste remplace les six listes antérieurement utilisées et cette liste unique se trouve elle-même très simplifiée. Les convocations des assujettis se font maintenant dans beaucoup de départements par des lettres individuelles, accompagnées d'un certificat que les assujettis peuvent retourner à la mairie après signature par leur médecin vaccinateur quand la vaccination a été pratiquée dans la famille. Le pourcentage des succès, d'après la statistique des bureaux municipaux d'hygiène, montre que le vaccin donne entière satisfaction. Les comptes rendus dépar-

© BIU Santé

tementaux ne signalent que 16 cas de variole en 1923. Cette menace d'épidémie doit suffire cependant à retenir l'attention et à inciter les départements où la vaccination est insuffisamment pratiquée à améliorer ce service ; elle doit aussi engager l'administration centrale à activer l'organisation des vaccinations dans les postes sanitaires frontière qui peut constituer une barrière très importante contre l'introduction des germes varioliques.

La lutte contre le paludisme et l'organisation sanitaire en Italie. — MM. *Léon Bernard* et *Marchoux* rapportent le résumé des observations qu'ils ont faites, au cours d'une mission en Italie de la Commission du paludisme de la Société des nations. La lutte contre le fléau séculaire de ce pays a été menée de concert entre les autorités sanitaires, le corps médical, les autres administrations publiques intéressées, les groupements agricoles, suivant les directives des savants spécialisés dans l'étude de la question. Les résultats, dus tant aux grands et aux petits travaux d'assainissement qu'au dépistage et au traitement des malades, à la distribution abondante de quinine, ont été remarquables puisque cinq provinces seulement étaient indemnes de paludisme en 1887, 17 le sont en 1923 ; la mortalité paludique dans le royaume, de 7 p. 1.000, en 1887, est tombée à 0,6 p. 1.000 en 1914. La mortalité générale est descendue de 28 à 16 p. 1.000 en 1923. Le chiffre de la population a triplé depuis 1887.

L'Italie n'a pu enregistrer un tel succès que grâce à deux facteurs: d'une part, la coopération de tous les moyens de lutte antipaludique sous une direction unique, celle de l'hygiène publique ; d'autre part, la robuste organisation de celle-ci.

En effet, la Direction générale de la santé publique comprend un personnel nombreux, composé d'administrateurs et de techniciens, avec des cadres solides et permanents et des chefs stables et compétents ; tout ce personnel relève de l'autorité de l'administration centrale ; il est composé, outre celui qui est réparti dans les cinq sections de cette dernière, d'inspecteurs généraux répondant à toutes les spécialisations de l'hygiène, de médecins de circonscription, de médecins communaux et de délégués. L'ensemble des médecins dépendant de la Santé publique s'élève au nombre de 11.000 chargés de fonctions actives.

Bref, cette organisation, dotée d'un budget suffisant, pourvue d'un ample outillage technique, rappelle sensiblement celle que l'Académie a proposée aux décisions du gouvernement. Le projet adopté par nous est resté lettre morte. L'expérience de l'Italie montre assez cependant les avantages sanitaires qu'on en pourrait attendre pour la vitalité physique de la nation, si étroitement liée à sa prospérité économique, comme à sa puissance politique.

Influence de l'exercice sur le rétablissement des convalescents. — M. *Boigey*.

Comment apprécier la vitalité d'une commune. — M. *René Martial* apporte des statistiques d'où il résulte qu'il y aurait lieu de remplacer l'expression de mortalité d'une commune par celui de la vitalité dans la loi de 1902 et du projet destiné à la remplacer. Celle-ci décide, en effet, que les communes où, pendant trois ans, la mortalité aura dépassé la moyenne de celle de toute la France, seront soumises à un régime sanitaire spécial. Or, la mortalité ne donne qu'un renseignement incomplet, car elle peut être normale, bien que la commune soit insalubre, car certaines maladies chroniques peuvent n'amener la mort qu'à longue échéance. Enfin, le chiffre de la population, qui sert de base aux statistiques et aux pourcentages peut être constamment faussé, d'une part par la mortalité infantile, d'autre part par l'immigration d'éléments étrangers. M. Martial appuie sa démonstration de graphiques se rapportant à une commune suburbaine de Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1924.

A propos de l'ostéosynthèse. — M. *A. Schwartz* communique une nouvelle observation de fracture spontanée survenue à la suite d'une ostéosynthèse faite 3 ans auparavant par le Dr Hallopeau et qui a dû être opérée à nouveau par le Dr Séjournet. Il s'agissait d'une fracture oblique de l'humérus chez un enfant de 12 ans 1/2. M. H. plaça une vis de Lambotte. Trois ans après à l'occasion d'un simple effort nouvelle fracture ayant tous les caractères d'une fracture pathologique. La radiographie montra que la vis qui s'est courbée est contenue dans une véritable cavité. M. S. enleva la vis et la consolidation se fit normalement. A noter que la 2e fracture siège bien au-dessous de la première.

M. *Alglave* voudrait voir la courbe de température après la première opération. Il pense qu'il a dû se produire une légère élévation indiquant un peu d'infection. Dans un cas qu'il a observé, après une ostéosynthèse par lame de Parham et fils métalliques et qui guérit en 2 mois 1/2 malgré une légère élévation de température, il a observé une fracture itérative et a dû intervenir à nouveau pour enlever les fils.

M. *Grégoire* pense que des faits de cet ordre sont de nature à faire préférer, dans la mesure du possible, le traitement non sanglant des fractures.

M. *Savariaud* est du même avis.

Luxation habituelle de la rotule. — M. *Mathieu* fait un rapport sur un cas de luxation habituelle de la rotule en dehors, observé et communiqué par M. Papin (Bordeaux). Il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans chez laquelle la luxation était consécutive à un grave traumatisme du genou survenu à l'âge de trois ans. La luxation se produisait dans la flexion à 75°. Léger signe du tiroir. Rien au condyle externe du fémur. M. P. pratiqua une capsuloraphie avec un résultat excellent. Mais au bout de six mois ce résultat paraît moins bon et M. se demande si peu à peu, la lésion ne va passe reproduire. Aussi pense-t-il que dans les cas de ce genre, il serait peut-être préférable de transplanter systématiquement le tendon rotulien comme l'a conseillé M. Mouchet.

A ce propos M. M. signale qu'il a récemment opéré une entorse grave du genou, lésion qui paraît bien être la cause de la luxation habituelle du genou. Il a trouvé le surtout fibreux périrotulien interne très largement déchiré et le ligament rotulien nettement élongé.

M *Mouchet* a employé un procédé de transplantation dans un cas très différent de celui de M. Papin, car il s'agissait d'une luxation congénitale et bilatérale. Son malade a parfaitement guéri. L'observation de M. P. inciterait certainement à employer le même procédé dans la luxation habituelle simple.

M. *Chevrier* déclare avoir eu des résultats excellents et durables avec la simple capsuloraphie.

La cholécystostomie dans les cholécystites aiguës. — M. *Mocquot* fait un rapport sur une observation de M. Sikora (Tulle). Il s'agissait d'une cholécystite aiguë chez une femme de trente-deux ans, sans ictère. La simple cholécystostomie amena une guérison rapide et qui s'est maintenue de façon durable.

M. *Cunéo* pense que cette opération peut parfaitement suffire à guérir les malades lorsque la vésicule est peu altérée. Mais si la vésicule est malade et enflammée, la cholécystostomie ne peut amener la guérison et la cholécystectomie est nécessaire.

M. *Okinczyc* cite un fait personnel qui appuie cette conclusion.

Tumeur paraissant consécutive à un traitement par le radium. — M. *Grégoire* communique le fait suivant dont il se défend de vouloir tirer une conclusion. Une femme de vingt-huit ans, six mois après avoir été opérée d'appendicite, présente un retard de quinze jours suivi d'une perte, peu importante d'ailleurs. Une biopsie faite sur ses instances, à cause d'une hérédité cancéreuse, est formellement négative. Malgré ce résultat, elle se fait faire, en cachette de son chirurgien, une application de radium, laquelle aurait duré soixante-douze heures et aurait été intravaginale. Presqu'aussitôt après apparition de douleurs et de troubles rectaux très accentués, durant deux mois. Après une courte accalmie, ils reparaissent et s'aggravent. Elle est examinée à ce moment par M. G. qui constate un anneau scléreux au fond du vagin, juste sous le col. Le corps utérin est petit. Dans le rectum il trouve d'abord un anneau fibreux cir-

© BIU Santé

culaire et au-dessus une tumeur saignante douloureuse, dans la cloison intravaginale. La malade a quitté le service et il n'a pas été possible de faire une biopsie ni un examen complet.

M. *Roux-Berger* estime que des faits de cet ordre sont trop imprécis pour être valables. Il faudrait avoir quelques précisions sur le traitement radiumthérapique suivi et aussi sur cette tumeur.

M. *Lardennois* croit qu'il ne s'agissait que de lésions de radium-nécrose.

M. *Faure* serait également porté à le croire.

Présentation de malades. — M. *A. Schwartz* présente un jeune homme qui a eu une fracture grave de l'extrémité supérieure de l'humérus et chez lequel l'appareil s'étant déplacé il croyait avoir un très mauvais résultat et être même obligé d'intervenir. Or le résultat final est excellent.

M. *Delbet* présente : 1° un malade opéré d'abcès du foie. Ancien dysentérique, les examens des selles étaient absolument négatifs ainsi que le Wassermann. La tumeur, du volume d'une mandarine, avait une paroi très épaisse et ne contenait que 20 cm. environ de pus stérile ; 2° un malade chez lequel il a trouvé un rétrécissement du cholédoque qui paraissait dilaté à la palpation, et dont le calibre était à ce point réduit que le cathétérisme en fut impossible. M. D. lui fit avec un excellent résultat une cholécystoduodénostomie.

M. *Picot* présente un cas de fracture oblique du tibia où les tentatives de réduction ont été inutiles et chez lequel il a fait avec un excellent résultat une ostéosynthèse.

Séance du 17 décembre 1924

A propos de l'infection post-abortum (*suite.*) — M. *Alglave* fait observer que son opinion sur l'inutilité, les dangers même du curettage, a été l'objet d'appréciations sévères. Elle est cependant basée sur des faits précis et bien observés. Lorsque les malades ont des hémorragies et sont vues peu de temps après leur fausse couche le curettage lui paraît utile et nécessaire. Mais il ne les voit que sept huit, dix jours après la fausse couche, alors que la femme est déjà infectée, il s'abstient systématiquement d'intervenir. Il en a encore vu récemment deux nouveaux cas dont il communique les observations et qui lui paraissent confirmer son opinion, car toutes deux ont guéri simplement et en huit jours.

A propos de l'ostéosynthèse (*suite.*) — M. *Dujarrier* répond à M. A. Schwartz. Il persiste à penser que l'initiation au traitement chirurgical des fractures est longue et un peu spéciale. Et un des cas cités par M. S. lui paraît démonstratif à cet égard car la plaque était mal placée et la fracture mal réduite. En outre S. a adopté le manchonnage des fractures qui est en général abandonné et qui ne donne pas une rigidité absolue. Il est probable que ses résultats eussent été meilleurs s'il avait employé les techniques habituellement conseillées.

Les fractures itératives peuvent se voir indépendamment de toute ostéosynthèse. M. D. a personnellement opéré un malade qui s'était brisé le même os trois fois au même point. Certains sujets font de mauvais cals, on ne sait pourquoi. Et M. Schwartz base son argumentation surtout sur des fractures de l'humérus ou du fémur. Or ces os ne sont pas les mieux choisis pour l'ostéosynthèse qui donne surtout des résultats intéressants dans les fractures de jambe ou de l'avant-bras. Sans doute les méthodes anciennes peuvent donner de bons résultats, mais pour des cas bien choisis l'ostéosynthèse donne des resultats très supérieurs et les dangers qu'elle peut faire courir restent minimes en des mains exercées.

M. *Ombrédanne* apporte les résultats de son expérience personnelle de la chirurgie osseuse infantile. Les corps étrangers sont parfois mal tolérés par l'organisme mais il lui semble injuste d'attribuer cette intolérance et les troubles qui peuvent succéder à une ostéosynthèse à une faute opératoire. Certains corps étrangers peuvent être par eux-mêmes une cause d'appel et de localisation de l'infection.

Il lui a semblé que l'enfant tolérait mal les corps étrangers métalliques perdus, car chez lui l'os doit grandir en longueur et en épaisseur. Aussi préfère-t-il mettre les pièces seulement un temps très court et les enlever. A cette condition d'être temporaire, l'ostéosynthèse est au contraire très utile. Il emploie des pièces qui sont des dérivés du dispositif de Chalier et de celui de Lambotte.

L'ostéosynthèse est indiquée dans les fractures qu'on n'a pas pu réduire — ce qui est rare — dans certains décollements épiphysaires et surtout dans les cas de chevauchement irréductible dans les segments de membres à deux os. Car ce chevauchement entraîne alors des raccourcissements et des déviations très gênantes.

Elle est surtout très utile dans les ostéoplasties. Il l'a abandonnée dans les tarsectomies, car les vis, qui doivent ici traverser une ou plusieurs articulations, sont très mal tolérées et on voit au bout de trois à quatre jours survenir des douleurs, des élévations de température, de la rougeur autour des vis qu'on est obligé d'enlever.

Dans l'ostéoplastie des os longs elle est au contraire précieuse car elle facilite beaucoup la correction des torsions.

M. *Alglave* a été très séduit autrefois par la méthode de Lambotte, mais y a renoncé à cause de l'infection qui malgré toutes les précautions prises se propageait le long des vis de la superficie à la profondeur. Il est certain que la tolérance est variable suivant les sujets et aussi suivant les métaux employés. Il a ainsi fait récemment cinq ostéodèses avec des fils de nickel lesquels sont très solides et très résistants. Or les cinq blessés ont suppuré et l'examen du pus a montré que ces suppurations étaient aseptiques. C'est donc le nickel qui est mal toléré. Il va essayer de l'utiliser en le recouvrant d'or.

M. *Tuffier* pense que la tolérance est d'autant plus grande que le corps étranger est mieux recouvert.

M. *Wiart* fait observer que les Américains ont étudié cette question de tolérance et que d'après eux quatre métaux seraient bien tolérés : l'or, l'argent, l'aluminium et un acier inoxydable dit stellite.

La prochaine séance aura lieu le 5 janvier.

Au cours de la séance, la Société a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1925. Ont été élus : Président : M. J.-L. Faure. Vice-président : M. Auvray. Secrétaires annuels : MM. Mouchet et Proust.

M. J. Berger est élu membre titulaire.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 décembre 1924.

Récidive de scarlatine. — M. *Comby* signale, à propos du procès-verbal, trois cas typiques de récidive de scarlatine. Pour le diagnostic parfois si difficile dans les cas frustes, l'auteur considère que la desquamation de la langue est le seul signe valable.

M. *Netter* considère ce signe comme très important mais tardif. Aussi les données de laboratoire seront d'un grand appoint pour le diagnostic précoce et certain.

M. *Hallé* fait remarquer que si la desquamation de la langue est un bon signe différentiel avec la rougeole et la rubéole, elle est sans valeur pour le diagnostic avec les érythèmes scarlatiniformes.

Septicémie à bacillus ramosus. — MM. *L. Boez* et *H. Holtzmann.* — Il s'agit d'une septicémie subaiguë avec anémie progressive ayant évolué vers la mort en cinq semaines. Au point de vue objectif, on a uniquement observé une adénite sus-claviculaire. Rien ne permettait cliniquement de prévoir que le germe à incriminer était un anaérobie. L'isolement du bacillus ramosus a été obtenu au moyen d'un dispositif spécial permettant de réaliser simplement l'hémoculture anaérobie en milieu solide et décrit par L. Boez dans les *Comptes rendus* de la Société de biologie 1924, t. XCI.

Septicémie à micrococcus fœtidus. — MM. *L. Boez* et *Keller.* — *Diagnostic par la méthode d'hémoculture anaérobie en milieu solide. Septicémie puerpérale.* — Deux hémocultures en bouillon restent négatives, tandis que deux hémocultures anaérobies en milieu solide décèlent respectivement 8 et 12 colonies de micro-

© BIU Santé

coccus fœtidus. Le caractère anaérobie du microbe explique les échecs des premiers examens et montre l'avantage d'une technique qui permet la recherche des microbes anaérobies stricts et facultatifs du sang ainsi que leur numération.

Polynévrite sensitivo-motrice survenue chez une tuberculeuse après un pneumo-thorax thérapeutique. — MM. ***Lévy-Valensi, Philbert*** et ***Lechaux*** présentent une jeune fille atteinte de lésions tuberculeuses discrètes qui, à la suite d'un pneumothorax artificiel, fit une polynévrite des petits muscles des mains et des branches terminales des deux sciatiques. En l'absence de toute intervention médicamenteuse ou autre, les auteurs croient à une polynévrite tuberculeuse et s'appuyant sur deux autres cas, moins purs d'ailleurs, se demandent s'il y coïncidence ou action déterminante du pneumothorax, agissant à la façon d'un traumatisme qui aurait mobilisé bacilles ou lésions.

MM. ***Sergent*** et ***Rist*** repousse tout rapport entre le pneumothorax et la polynévrite.

Encéphalite épidémique à forme choréique grave, traitée par le salicylate de soude intraveineux. Guérison. — MM. ***René Bénard, Marchal*** et ***Y. Bureau***, présentent une malade qui fut atteinte d'encéphalite épidémique à type de grande chorée fébrile, et dont l'évolution fut extrêmement grave. Pendant 15 jours l'état sembla désespéré : amaigrissement cadavérique, alternative de torpeur diurne et d'agitation nocturne extrême, état de mort imminente. Un traitement par l'urotropine intraveineuse resta sans effet ; par contre, à la suite de dix injections de salicylate de soude intraveineux, en sérum glucosé à 10 % suivant une méthode personnelle, la guérison s'installa progressivement. A l'heure actuelle, au bout de deux mois, et à part quelques grimacements minimes, la malade est complètement guérie.

Les auteurs insistent sur ce fait qu'il n'existe dans la littérature à peu près aucun fait de forme choréique ayant présenté un semblable degré de gravité, et s'étant néanmoins terminé par la guérison.

M. ***Netter*** fait, à propos d'un cas semblable, des réserves sur la possibilité d'accidents éloignés.

Broncho-spirochétose de Castellani. — M. ***G. Dimitracoff*** (de Sofia), à propos d'un cas, souligne l'importance de la recherche du spirochète bronchique, dans toute hémoptysie qui n'a pas fait de preuve étiologique et qu'on est porté trop facilement à considérer comme bacillaire, le pronostic étant essentiellement différent dans les deux cas.

Phrénicotomie dans la tuberculose excavée. — MM. ***J. Rolland, A. Maurer, J. Valtis*** présentent l'observation d'un cas de phrénicotomie pratiquée par l'un d'eux chez une jeune femme pour une tuberculose excavée de la base du poumon droit.

Sur le cliché pris après l'intervention, on voit, grâce à l'ascension du diaphragme paralysé, la capacité de l'hémithorax droit réduite de plus d'un tiers, et la volumineuse cavité en partie collabée. Les résultats cliniques ont été jusqu'ici satisfaisants.

Les auteurs ont déjà opéré plusieurs malades dans les mêmes conditions ; ils se réservent de publier leurs observations dans un travail d'ensemble où ils préciseront leur technique opératoire. Ils se contentent aujourd'hui de rappeler brièvement les indications de cette méthode thérapeutique préconisée dès 1911 par Stuertz et beaucoup trop négligée en France.

Appelée à suppléer le pneumothorax artificiel, dans les cas où il est irréalisable, elle peut être employée concurremment avec lui pour compléter ses effets lorsqu'il est partiel, et prolonger son action, lorsqu'il est abandonné dans des délais normaux ou prématurément à la suite d'adhérences qui le suppriment progressivement.

MM. ***Sergent*** et ***Ameuille*** font des réserves sur les résultats éloignés.

Troubles visuels dus au 914. Leur pathogénie. — M. *Milian* rapporte l'observation d'une malade qui a la 3e injection de 0.45 centigr. de 914, a présenté une myopie subite due à une contracture des muscles ciliaires relevant d'une intoxication.

M. ***Flandin*** rapporte un cas semblable chez un amibiasique après une cure de 12 injections d'hectine B. Il s'agit d'une intoxication arsenicale comme dans le cas de M. Milian.

Hirsutisme avec diabète et troubles psychiques. Discussion sur l'origine endocrinienne. — MM. ***Crouzon, Marquesy*** et ***Lemaire*** montrent une malade atteinte d'insuffisance polyglandulaire avec hirsutisme adipose, rappelant celle de Dercum, diabète léger aménorrhée : elle présente en outre un syndrome psychique assez spécial, dont une des caractéristiques est le contraste entre l'activité physique élémentaire ordonnée et la profonde inertie intellectuelle. (Cette malade est restée huit mois sans parler ; elle n'est sortie de ce mutisme que passagèrement sous l'influence d'une injection intraveineuse de somnifène, phénomène que deux des auteurs avaient déjà observé d'autre part.)

L'origine endocrinienne de ces troubles paraît indiscutable ; il est difficile de préciser quelle est la glande atteinte. Pourtant la déformation de la selle turcique d'une part, l'existence de troubles psychiques assez particuliers d'autre part, rappelant ceux qui ont été signalés dans les néoplasies de la région basilaire du cerveau, permettent de penser à une lésion hypophysaire ou infundibulo-tubérienne.

M. ***Apert*** insiste sur l'existence de vergetures surtout au niveau des aisselles et faisant d'après lui partie du syndrome. Dans tous les cas observés par l'auteur, il y avait lésions surrénales.

M. ***Monier-Vinard*** fait remarquer que Dupré avait déjà insisté sur les troubles psychiques dans l'hirsutisme.

Un cas de dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie du sacrum. — M. ***André Léri*** et Mlle ***Linossier*** présentent un cas de cette curieuse dystrophie, déjà décrite par Achard, Foix et Mouzon et par Foix et Hillemand.

Il s'agit d'une malade atteinte d'une atrophie massive de tout le train postérieur, portant spécialement sur les fesses (sujet sans fesses) et sur les muscles de la jambe. En outre, incontinence d'urine, vessie de dimension extrêmement réduite, abolition des réflexes achilléens, malformation des pieds, hypoesthésie périanale à tendance syringomyélique. A remarquer l'intégrité des organes génitaux innervés par le plexus lombaire ; la malade a eu trois grossesses.

Cette dystrophie est due à l'absence du sacrum et du coccyx et probablement à l'atrophie des nerfs du plexus sacré. Ces sujets sont de véritables invertébrés du sacrum, des « insacrés ».

M. ***Foix*** présente un malade semblable.

Un cas de bilharziose vésicale européenne. — M. ***Dimitracoff*** (de Sofia) rapporte un cas à allure fruste simulant une néphrite albuminurique chez un sujet qui, prisonnier de guerre, a traversé la Macédoine et le Midi de la France (Toulon).

De ses conclusions il ressort que l'infestation s'est produite en Europe, par un réservoir de virus soit autochtone, auquel cas il existerait dans ces régions ci-dessus citées, des foyers de bilharziose ; soit probablement exotique, le malade s'étant trouvé à Salonique au contact avec des troupes coloniales.

L'hôte intermédiaire est sûrement autochtone, ce qui prouve que dans les dites régions il existe des mollusques pouvant, le cas échéant, transmettre le schistosoma hæmatobium.

Le traitement classique (émétine et émétique) ne lui a donné qu'une amélioration relative, sans guérir le malade.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 décembre 1924.

Extirpation des kystes thyréo-glosses. — ***M. Victor Pauchet*** rappelle que ce sont des goitres en miniature. Si on veut éviter la récidive, il faut extirper le tractus thyréo-glosse jusqu'à la base de la langue ; l'os hyoïde doit être partiellement sacrifié.

Traitement des papillomes vésicaux. — ***M. Pasteau*** emploie la fulguration et l'électro-coagulation par voie endovésicale contre tous les petis papillomes.

Pour les tumeurs plus volumineuses, des séances multiples sont nécessaires. Mais un des principaux avantages de cette méthode est la possibilité du traitement ambulatoire sans anesthésie générale.

Quand la tumeur est trop volumineuse, quand le pédicule est trop large ou quand les tumeurs sont trop nombreuses, la

© BIU Santé

taille devient l'opération de choix. Mais il convient, avant de suturer la muqueuse, de faire porter la fulguration sur la tranche de section elle-même.

Après toute opération pratiquée contre une tumeur vésicale il est prudent de suivre le malade au cystoscope pour surveiller la récidive au point d'implantation ou la nouvelle production de papillomes à distance.

M. Dartigues rapporte l'observation d'un médecin âgé de 60 ans, ayant des hématuries abondantes dues à un papillome. Après ablation la suture fut fulgurée pendant 8 minutes par de Keating-Hart. Résultat excellent qui s'est maintenu pendant quatre ans.

M. Dartigues rappelle que la fulguration a été créée par de Keating-Hart, que le mot de fulguration a été proposé par Pozzi à l'Académie, et que Marion, dès 1909, en présentait 7 cas pour tumeurs de la vessie à la Société de Chirurgie.

Calculs enclavés du cholédoque sans ictère par rétention. — ***M. Hugier***, au cours de nombreuses cholécystectomies pour lithiase de la voie accessoire (vésicule et cystique), a trouvé, dans trois cas, des calculs enclavés dans la voie principale alors qu'au moment de l'opération, les malades étaient « blanches », sans ictère par rétention, sauf la dernière malade qui avait un très léger subictère.

Toutes les opérées avaient eu uniquement des crises « vésiculaires » à répétition. Chez la première, en dehors des crises, les symptômes de lithiase étaient tellement atténués qu'un médecin distingué de Vichy avait déconseillé même une cure thermale en 1923. Or, cette malade avait la totalité de l'hépatique et du cholédoque, *depuis le foie jusqu'au duodénum*, remplis par 13 calculs fauves, du volume d'un pois, empilés comme les grains d'un chapelet. La vésicule, épaissie et petite, contenait 32 calculs, analogues comme forme et dimensions.

La deuxième malade présentait au moment des crises de la distension de la vésicule (hydropisie intermittente des classiques, *cholécystose* de Desjardins), à tel point même, qu'un jour, son médecin pensa à un kyste hydatique et un chirurgien à une affection rénale pour laquelle il voulait l'opérer d'urgence ! Le cholédoque et l'hépatique contenaient une dizaine de calculs noirs, brillants et aplatis, dont trois des dimensions de l'ongle de l'index, et de la boue biliaire. Il y avait dans la vésicule deux gros calculs fauves à facettes, un calcul noir dans le cystique qui formait « *clapet* » (d'où la distension de la vésicule pendant les crises), et un calcul extra-vésiculaire, contenu dans une logette d'adhérences entre le fond du réservoir et la paroi.

La troisième avait dans le cholédoque sus-pancréatique, un calcul du volume d'une bille, de coloration fauve et deux autres calculs analogues dans la vésicule.

Chez les trois opérées, M. Huguier fit la cholédocotomie avec drainage de l'hépatique et la cholécystectomie. Guérison parfaite dans les trois cas.

M. Huguier conclut en montrant la nécessité absolue de l'exploration de la voie principale au cours d'une cholécystectomie, même si la malade est « blanche ». Il voudrait aussi, en raison de la fréquence relative des calculs enclavés dans le cholédoque, que les médecins adressent plus tôt leurs malades au chirurgien, les opérations biliaires étant d'ordinaire très bénignes tant qu'il n'y a pas d'ictère par rétention.

De l'abus de l'ostéosynthèse. — ***M. Petit de la Villéon*** s'élève contre la mode qui semble vouloir donner à cette opération une place trop importante.

Du point de vue du chirurgien, l'ostéosynshèse est séduisante parce qu'elle est un traitement simple et rapide.

Du point de vue du fracturé, Petit de la Villéon préfère un bon appareillage avec plâtre ou extension, dont les résultats sont le plus souvent excellents, à la condition qu'on s'aide de l'anesthésie, de la méthode radio-opératoire, à la condition surtout que le chirurgien se donne la peine de s'appliquer au maniement du plâtre et de l'appareillage.

M. Judet est du même avis : en thèse générale, l'ostéosynthèse est un procédé d'exception. Mais il est cependant plus interventionniste que Petit de la Villéon. C'est ainsi que dans les fractures en T de l'extrémité inférieure de l'humérus, dans les fractures sus et intercondyliennes de l'extrémité inférieure du fémur, dans les fractures des tubérosités tibiales, les procédés orthopédiques donnent souvent de mauvais résultats. Il faut *connaître* par expérience les déformations qui ont de la gravité fonctionnelle et il faut opérer lorsque l'on ne peut réduire par les appareils ces déformations fonctionnellement graves.

M. Brodier. — Le traitement des fractures par l'ostéosynthèse appliqué d'une façon systématique amène des désastres. Le but chirurgical est pour les fractures des membres de rétablir l'axe, la normalité de la mécanique du levier et des mouvements, et pour les fractures articulaires le bon fonctionnement de l'articulation.

L'intervention sanglante est indiquée dans les fractures de l'olécrâne, de la rotule, dans les cas d'interposition musculaire, de compression de gros troncs nerveux. Dans les autres cas, le traitement orthopédique avec contrôle radiographique est le traitement de choix.

M. Dupuy de Frenelle. — On ne doit entreprendre une ostéosynthèse que lorsque la réduction ne peut être obtenue et maintenue par des manœuvres non sanglantes. La réduction d'une fracture récente doit se faire sur une table de radioscopie. L'ostéosynthèse ne comporte pas plus de gravité que la généralité des opérations. L'ablation secondaire du matériel de prothèse est une intervention minime dont la gravité n'est pas à comparer avec la persistance d'une infirmité due à une fracture insuffisamment réduite.

Présentation de malades. — ***M. Judet*** présente une malade qui, à la suite d'un traumatisme, présente une demi-flexion permanente de la dernière phalange du médius : l'action de l'extenseur est supprimée. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse de telle sorte qu'il faut admettre l'*arrachement pur* du tendon extenseur. Le traitement par une attelle palmaire maintenant le doigt en hyperextension n'a donné aucun résultat.

Par comparaison l'auteur montre les radiographies d'un cas de désinsertion du tendon extenseur avec *arrachement de la parcelle osseuse* correspondante. En pareil cas le traitement par l'hyperextension du doigt a donné un succès complet en 15 jours.

M. Buizard préconise le procédé suivant :

Après avoir passé transversalement le fil de suture non résorbable à travers le tendon extenseur, ne pas chercher à fixer ce fil à la face dorsale de la phalangette, mais le faire passer en fraude devant celle-ci, à sa face palmaire ; donc, autour et devant l'os.

M. Péraire présente un *lymphadénome du testicule* avec examen histologique. Il insiste sur l'anesthésie locale employée : nikétol à 2 %, qui a non seulement déterminé une insensibilité absolue pendant l'intervention, mais aussi dans la journée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 décembre 1924

La zoophilie chez les moustiques et son application à la prophylaxie. — ***M. Legendre***, ayant remarqué que certaines espèces de moustiques des côtes bretonnes (*Culex pipiens* et *Anopheles maculipennis*) ne piquent pas l'homme, a essayé de les acclimater en Saintonge, à Pons, où *Culex pipiens* et *Culex hortensis* se nourrissent habituellement sur l'homme. Ces moustiques bretons se sont multipliés au lieu d'élevage en conservant leurs mœurs : libres ou captifs ils continuent à ne pas piquer l'homme. Si cette répugnance persiste, il sera permis d'en conclure à la disparition du *Culex pipiens* autochtone.

Cette méthode prophylactique d'opposition de moustiques non piqueurs à des moustiques piqueurs de l'homme, ou *entomoprophylaxie*, est à mettre en pratique non seulement contre les moustiques transmetteurs de la filariose, de la fièvre jaune et de la dengue, mais aussi contre les anophèles propagateurs de la malaria.

M. Phisalix

© BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES

I

Articles Originaux, Analyses, Sociétés Savantes

A

Abcès amibien. Fermeture sans drainage ... 449
— sous-diaphragmatiques ... 225
— sous phréniques (Ramond) ... 642
— spontanés à gonocoques ... 300
Abdomen. (Plaies pénétrantes de l'—) 159. 374
Académie de médecine. Prix en 1924 ... 789
Accès fébriles pseudo-palustres ... 451
Accidents pulmonaires et chirurgie gastrique ... 449
— thrombosiques dans un cas d'érythrémie ... 349
Accouchement. (Ce qu'il faut préparer pour un —) (Vignes) ... 604
Accroissement pondéral de la 1re année .. **752**
Acidimétrie urinaire ... 236
Adénites sériques généralisées ... 222
— tuberculeuses. Traitement ... 126
Adénopathie cervicale et tuberculinothérapie ... 138
Adénophlegmon rétro-colique ... 252
Adsorption en thérapeutique ... 502
Ail en thérapeutique ... **516**
— à travers les âges ... **540**
Albuminuries intermittentes et fonctionnelles de l'enfant. Diagnostic. Traitement (Lereboullet) ... 597
Alcoolisme. (Lutte contre l'—) ... 447
Alibert hydrologue ... 58
Allaitement artificiel. (Problème de l'—) (Crépin) ... 701
Allergie dipntérique ... 482
Allium sativum ... 684
Allonal (Pouchet) ... 383, **604**, 698
Amaurose par intoxication oxycarbonée 200
— par oxyde de Ca ... 222
— quinine et tabes ... 299
Ambrine. Emploi dans l'évidement pétro-mastoïdien ... **363**
Amibiase spontanée du chat ... 493
Anatoxi-réaction ... 452
— de Zoeller ... 623
— (valeur de l'—) ... 712
Anémies avec splénomégalie chez le nourrisson (Hallez) ... 587
— des néphrites azotémiques ... 392
— post-hémorragiques. Traitemen t ... 288
— .(Traitement des —) ... 33
Anesthésie générale. Nouveau mode ... 448
— générale par voie épidurale ... 190
— locale dans la chirurgie abdomino-pelvienne ... **9**
— locale dans les opérations sur l'estomac ... 470
— par l'éthylène ... 127
Anévrysme aortique. Absence de battements ... 684
— artério-veineux carotido-jugulaire ... 425
Angines aiguës et angine diphtérique. Traitement (Lereboullet) ... 212
— de poitrine. (Hypertension paroxystique dans l'—) ... 124
— de poitrine. Traitement préventif des crises par le gardénal (Sézary) ... 659
— de Vincent. Traitement étiologique .. 301
Anisotension artérielle ... 482
Anomalie sacrée ... 451
Anurie mortelle ... 792
Anus contre nature et fistules stercorales (Lenormant) ... 626
— gargouille ... 453
— lombaire ... 121
Aortite chronique syphilitique. Traitement ... 239
Appendicite à symptômes anormaux ... 438
— chroniques méconnues ... 251
— et pneumonie. Diagnostic ... 591
Arabes. (Pratique ophtalmologique chez les —) ... 503
Argent colloïdal dans la péritonite (Sante Solieri) ... 339
Arme bactériologique (Espé de Metz) ... 371
Arsenic. (Teneur du sang en — après injection de 914) ... 541
— dans le lait après injection de 914 ... **774**
Arsylène ... 86, **241**
Artère axillaire. Oblitération ... 254
— mésentérique. Oblitération haute ... 189
— pulmonaire. Anévrysme de l'—) ... 481
— pulmonaire. Dilatation anévrysmatique ... 188
— pulmonaire. Rétrécissement ... 223
— pulmonaire. Sclérose ... 187
Artérite oblitérante et contusion artérielle ... 190
— syphilitique des membres inférieurs .. 254
Arthralgies goutteuses ... 481
Arthrite alvéolo-dentaire (Frey) ... 73
— blennorragiques. Traitement ... 237
— blennorragiques traitées par le sérum antiblennorragique ... 250
— Complications (Frey) ... 73
— gonococcique et vaccin ... 448
— sèches et subluxations congénitales méconnues ... 137
Ascite. Action empêchante sur la glycosurie (Loeper et Turpin) ... 269
Asthénie chronique (Benon) ... 133
— et neurasthénie de Béard (Benon) ... 510
Asthme et eczéma. Alternance ... 425
Asynergie fonctionnelle dans les insuffisances hépatiques ... 253
Asystolie chez une mitrale ... 391
Assurances sociales et exercice de la médecine ... 801
Atonie gastrique (Ramond et Jacquelin) 638
Atropine. Action leucopédétique et sécrétoire sur l'estomac (Loeper et Turpin) ... 305
Attitudes vicieuses et affections de la hanche (Delbet) ... 117
Avortement manqué ... **712**
— tubaire, Fréquence ... 221
Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde 450
— élevée avec survie ... 362
— mortelle avec intégrité des reins ... 413

B

Bacille de Koch. Mise en évidence par les diverses méthodes ... **318**
Bergonié. (Hommage au professeur —). 799
Bicarbonate de soude. (Œdèmes provoqués par le — chez les diabétiques) ... 554
Bile B de l'épreuve Meltzer-Lyon ... 223
— humaine. Présence de b. de Koch dans la ... **190**
Bilirubine. Dosage dans le suc duodénal. 451
Bismuth et syphilis nerveuse (Lortat-Jacob et Legrain) ... 636
— Passage dans le liquide C.R ... 225
— (Passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien ... 204
Bismuthothérapie dans les syphilis cutanéo-muqueuses ... 352
Blennorragie. (Vaccinothérapie dans le traitement de la —) ... 226
— non compliquée chez la femme. Traitement (Vignes) ... 583
Blessures observées au cours de la guerre gréco-turque (Contargyris) ... 485
Broca. Eloge (Achard) ... 784
— (Le centenaire de —) (Callamand) ... 433
Bronchectasie juxta-diaphragmatique .. 769
— Traitement opératoire ... 189
Brûlures oculaires. Pronostic ... 226
— (Traitement des —) ... 757

C

Calculs rénaux. (Deux —) ... 221
— vésiculaire. Ablation ... 414
Cancer du col utérin et curiethérapie ... 121
— du tube digestif ... 753
— et hérédité ... 111
— épidémiologie ... 798
— gastrique. Diagnostic ... 412
— rectal. (Cure du —) ... 126
— (Transmission du —) ... 174
Capillaires sanguins. (Physiologie des —) (Henrijean) ... 545
Capsules surrénales. Action des rayons pénétrants ... 411
Caries non pénétrantes. Caries pénétrantes (Frey) ... 13 172
— Complications (Frey) ... 156
Carotide interne. Anévrysme artério-veineux) ... 390
Cavernes pulmonaires. Diagnostic radiologique ... 201
— pulmonaires. Séméiologie ... 554
Cécités de guerre curables ... 447
Céphalée bismuthique ... 9
Cèdre et ses dérivés (Niclot) ... 781
Céphalo-rachidien. (Hypotension du liquide —) ... 121
Cerveau. (Drainage des abcès du —) ... 70
Césarienne pour présentation du siège ... **9**
Champ opératoire ... 728
Chancre mou. Traitement par le radium. 520
— primitif intravaginal ... **734**
— syphilitique. Difficultés de diagnostic 520
— syphilitique. Durée d'incubation ... 772
Charbonneux. (Contamination par les produits —) ... 672
Chenilles venimeuses et accidents éruciques ... 32

© BIU Santé

Cheveux faisant issue par l'anus..... 695
Chèvre. Est-elle responsable de la fièvre de Malte..... 549
Chiffres tonométriques. Valeur clinique. 192
Chine. (Spécialités pharmaceutiques en —) (Porak)..... 466
Chloroforme. Présence dans les estomacs sténosés (Loeper, Turpin, Tonnet)... 113
Chlorose. Est-elle en voie de disparition -(Weissenbach) 270
— (La disparition de la —)..... 60
Choc traumatique. (A propos du —).... 695
Cholécystite. (Douleur lombaire droite symptôme de —)..... 452
Cholécystostomie. (A propos de la —)... 696
Cholécystectomie 300 cas..... 70
Cholédoque (Drainage du —)..... 449
Cholestérine dans le suc duodénal..... 124
— Elimination par le foie..... 480
Chorio-rétinite tuberculeuse..... 346
Cinématographe. (Invention du —)..... 221
Cinématisation chirurgicale des moignons 352
Cinnozyl **84**
Cirrhose alcoolique chez la femme. Fréquence. 411
— chez l'homme et la femme..... 311
— veineuses du foie. Evolution générale 431
Citrate de soude dans la thrombo-névrite 312
— dans les affections vasculaires et les hémorragies (Renaud)..... 719
— dans les hémorragies..... 349
— Action biologique. Mécanisme..... 801
Cœur. (Radiographie et cinématographie du —)..... 390
Col du fémur. (Traitement des fractures du —)..... 593
— fémoral. (Repérage anatomique de la tête du —)..... 502
— utérin. (Cancer du —. Traitement)... 347
— utérin. (Curiethérapie du cancer du —) (Daels et de Backer)..... 557
— utérin. (Lutte contre le cancer du —). 693
Colectomie. (A propos de la —)..... 251
Colibacillémie gravidique..... 224
Colique vésiculaire à forme lombaire.... 188
Colites. Traitement hydro-minéral (Faroy) 445
Colobome facial..... 347
Côlon. (Colpotomie dans les affections du —)..... 160
— (Extériorisation dans le cancer du —) 237, 238
— pelvien. Diverticulite..... 592
— Résection pour cancer.....122, 252
— transverse (Résection du —)..... 346
Colonialites et stations hydrominérales françaises 404
Coloniaux hépatiques et intestinaux chroniques (Matignon)..... 395
Coma diabétique traité par l'insuline.... 96
— diabétique et tuberculose pulmonaire 450
— hépatique chez un diabétique..... 188
Compressions médullaires. Diagnostic (Achard)..... 377
Congrès des aliénistes et neurologistes... 476
— de chirurgie.....607, 662, 707
— d'orthopédie..... 690
— des pédiatries..... 666
— d'urologie..... 680
Conjonctivite aiguë à bacille de Weeks.. 57
Constante uréo-sécrétoire chez les hypertendus 481
Constitution schizoïde..... **754**
Contention abdominale .(Appareil de —) 728
Contrats de courte durée (Espé de Metz). 603
Contraction utérine (Forget-Urion)..... 1
Contusion de l'abdomen. (Que faire dans les —) (Audain)..... 54
Coqueluche. Dépistage bactériologique.. 176
— Traitement nasal..... 508
— (Prophylaxie et traitement de la —) (Lereboullet) 398
Cotes cervicales. Pathologie..... 100
Cou. (Abcès lymphangitique du —)..... 302
Coude. (Décollement du condyle externe du —)..... 767
Courbure. (Eperons et niches de la petite —) (Loeper)..... 635
Crèches dans les hôpitaux de Paris..... 8
Croup. (Faux — d'origine asphyxique).. 226
Cryothérapie des kéloïdes..... 771
Cubital. (Paralysie du —)..... 123
Cyanose dans les maladies congénitales du cœur..... 592
Cyphospondylose traumatique..... 312
Cysto radiographie (Legueu)..... 234

D

Débilité congénitale..... 479
Décholestérinisation. (Cure hépatique de —) (Loeper)..... 37
Declonal **604**
Défauts. (Les — réactions de défense (Voivenel) 797
Délinquants. Traitement dans le cadre pénitentiaire 408
Délire aigu traité par l'électrargol (Damaye) 487
— alcoolique (Benon)..... 332
— des dégénérés (Benon)..... 807
Délivrance hydraulique (Forget-Urion). 497
Dengue. (Sur une épidémie de —)..... 592
Dents. (Arthritisme des —) (Frey)..... 184
— (Malocclusions et malformations des —) (Frey)..... 193
Dentition. (Sur la première —)..... 95
— (Accidents de —) (Frey)..... 182
Dermatoses. (Cures hydrominérales dans les —) (Bory)..... 474
— (Soufre dans la thérapeutique interne des —)..... 544
—. (Toilette des —)..... 175
Diabète avec infantilisme..... 424
— et syndromes associés..... 468
— et tuberculose chez une goitreuse.... 480
— Indications et résultats du traitement par l'insuline..... 191
— infantile et insuline. Accidents graves 489
— insipide et neuro-syphilis..... 200
— nerveux. Recherches expérimentales. 411
— par tumeur para-pancréatique..... 481
— rénal. Un cas..... 253
— sucré par lésion nerveuse..... 753
Diabétiques. (Les ions des — décelés par la radiographie..... 253
Dial 756
Diaphragme et médiastin dans le décubitus latéral..... **774**
— (Eventration du —)..... 122
— (Myoclonie du —)..... 110
Diarrhée infantile. Traitement..... 390
Diathermie dans la claudication intermittente 698
Diathèse arthritique. Action des sels de terres rares..... 346
Difformités nasales (Corrections des —). **363**
Digitaline et ouabaïne..... **606**
Dilatations bronchiques de l'enfant. Etude par le lipiodol..... 201
— des bronches. Forme hémoptoïque sèche 58
Diphtérie. Epidémie à la Maternité..... 492
— pharyngée avec paralysie du voile du palais (Bourgeois et Aubin)..... 241
Dissociation auriculo-ventriculaire..... 223
Distance. (Perception de la —)..... 266
Diverticule duodénal..... 490
Duodéno-jéjunostomie. (Un cas —)..... 801
Duodénum. (Sténoses incomplètes du —) 754
— (Traitement des grosses perforations du —)..... 59
Dysenterie. Vaccinothérapie par voie digestive 58
Dystocie par calcul vésical..... 120

E

Eau d'alimentation à Marseille. Stérilisation 727
— de boisson. Stérilisation par l'ozone.. 489
— thermales. La plus radio-active (Nogier) 424
Ecboliques. (Action des — pendant la dilatation **251**
Eclampsie dans les néphrites des enfants (Nobécourt) 104
Ectromélie. (Un cas d'—)..... 189
Eczéma auriculaire rebelle..... 391
— suintants et enveloppement caoutchouté 771
— (Symptômes hépatiques dans l'—)... **192**
Endocrinologie. (A propos d'un récent essai d'—) (Schulmann)..... 751
Efforts. Retentissements sur la respiration et la circulation..... 221
Electrocardiogramme dans les insuffisances aortiques..... 727
Electrocoagulation en oto-rhino-laryngologie 502
— (Limites de l'—) (Legueu)..... 264
Emétine. (Injections intraveineuses d'—) 299
Emphysème pulmonaire (L. Ramond)... 559
Encéphalite épidémique..... 186
— épidémique à localisation bulbo-protubérantielle..... 60
— (Injections intra-veineuses de salilate de soude dans l'—)..... 252
— léthargique traitée par virus-vaccin.. 254
Endocardite blennorragique guérie par la sérothérapie..... 223
— infectieuse..... 532
— infectieuse. Formes méningées..... 10
— infectieuses subaiguës curables..... 683
— maligne..... 391
— maligne streptococcique..... 96
— maligne sur une lésion valvulaire chronique 187
— rhumatismale (Aubertin)..... 353
— ulcéreuses (Aubertin)..... 417
Energie musculaire dans les états de fatigue 59
Enfants. (Enclos réservés aux —)..... 504
— (Séméiologie de l'appareil respiratoire chez l'—)..... **772**
Entorse. Traitement électrique..... 301
Epanchements pleuraux au cours du pneumothorax thérapeutique..... **192**
Epaule ballante paralytique..... 691
Epidermycoses. Traitement..... 127
Epreuve de Meltzer-Lyon chez le sujet normal 187
— de Meltzer-Lyon. Valeur..... 451
Eprouvés de la guerre (Rodiet)..... 255
Ésérine. Action hypoleucopédétique (Loeper, Marchal)..... 497
Estomac. (A propos des ulcères perforés de l'—) 695
— (Opérations sur l'—).Soins. Anesthésie) 707
— (Tumeur nerveuse de l'—)..... 159
Etranglement interne..... 202
Etudes médicales. Décret de réorganisation 669
Excavation thoracique par déhiscence de la paroi..... 413
Exercice. (Perturbations cardio-vasculaires par l'—)..... 121
Extériorisation du poumon. (Un cas d'—) 349
Extraits d'ovaires dissociés. Administration par voie hypodermique..... 609
— insuliniques. Action sur la nutrition azotée 412

F

Fabre. (Le génie de —) (Voivenel)..... 724
Farabeuf. Eloge par J.-L. Faure..... 43

© BIU Santé

Félamine 714
Femmes enceintes. Travail dans les ateliers 732
Féminisme pilaire 411
Fémur. Fractures fermées de l'extrémité supérieure. Traitement 607
Fibrolipome du pied 251
Fibrome de la paroi abdominale (Delbet) 40
— utérins. Traitement chirurgical 663
Fibromyome de la cloison recto-vaginale 413
— de l'utérus. (Risque opératoire dans la chirurgie des —) (Chifoliau) 622
— du bassin 122
Fièvre de Malte à forme traînante 60
— de Malte. Autosérothérapie périodique 253
— méditerranéenne transmise par les chèvres laitières 362
— ondulante au cours d'une carcinose du foie 349
— paratyphoïde B chez un nourrisson .. 120
— syphilitiques du post partum 192
— typhoïde à forme hémorragique 313
— typhoïde. 328 cas 186
— typhoïde. (Signe de Lesieur dans la —) (Chalier) 619
— typhoïde. Traitement (Philibert) 736
— typhoïde. Vaccination par voie buccale 266
— typhoïde. Vaccinothérapie...97, 110, 226
Fléchisseurs de l'avant-bras. Contracture 766
Foie. (Abcès du — et émétine) 139
— Kyste non parasitaire 438
Forceps. (Leçons sur le —) (9e, 10e) Demelin 23, 67
Formol gélification. (Réaction de —) ... 59
Fractures bi-malléolaires. Discussion sur le traitement 43
— de l'humérus. (Ostéosynthèse dans les —) 470
— de Maisonneuve atypique 767
— du cou de et paralysies cubitales 188
Fragment osseux intrapéritonéal 70
Frigidité féminine. Causes anatomiques. 542
Fistules anales et syphilis 98
— extrasphinctériennes. Traitement 374
— lombaires après néphrectomie (Legueu) 27
— stercorales. Cures par l'entéréorraphie 186
— vésico-vaginales. Traitement 768

G

Gaïacol. (Etherméthylènique du —) (Mallein) 135
Gambetta. (Maladie et mort de —) (Callamand) 467
Gangrène des extrémités et sympathicectomie 42
— et tuberculose pulmonaire 744
— pulmonaire à évolution prolongée 695
— pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse 188
— pulmonaire traitée par la trachéofistulisation 223
— pulmonaire. Sérothérapie 97
Gardénal. Effets dans certains cas d'asthme 755
Gastrectomie pour cancer 447
— (30 — pour lésions ulcéreuses) 57
Gastro-entérostomie et duodénojéjunostomie 754
— Technique 121
Gastroscope. (Nouveau type de —) 390
Gémellarité d'origine masculine 174
Gendron 313
Genou. (Arthrite puriforme du —) 862
—.(Corps étranger du —) 251
— (Kyste du cartilage semilunaire du —) 448
— Luxation du ménisque interne 413
Gland. (Cancer du — traité par le radium) 374
Glaucome. Rapports avec la syphilis 502
Globules rouges. (Influence des radiations solaires, ultra-violettes sur les —) 752
Glycorachie dans les méningites microbiennes 792
Glycuronie. (Recherches sur la —) 312
Goitre exophtalmique amélioré par l'insuline 683
— exophtalmique. Guérison 542
— exophtalmique. Thermorégulation dans le —) 544
Gommes tuberculeuses de la peau chez le nourrisson 162
Goutte. (Cures hydrominérales dans la —) (Rathery) 464
— depuis la guerre 348
— (Pathogénie de l'accès de —) 59
Graisses dans l'utilisation des protéines alimentaires 711
Granulomatose maligne 61
— subaiguë 349
Greffes du singe à l'homme 32
— homoplastiques et parabiose (Epstein) 296
— osseuses. (Deux cas de —) 766
— ovariennes et ovulaires 682
Grippe. Traitement chez l'enfant (Lereboullet) 577
Grossesse extra-utérine. (Signe de Douglas dans la —) 692
—. (Interruption de —) 692
— (Interventions abdominales au cours de la —) 769
— tubaire. Formes rares 727
Guerre et arme bactériologique (Espé de Metz) 282
— Influence sur les fonctions génitales de la femme 86
Gui de Pavie. (Manuscrit de —) 236
Gynécologie et accidents du travail 127
— opératoire. (Indications et technique de —) (Daels) 205
Gynergène 490, 506

H

Hanche. (Arthroplastie pour ankylose de la —) 769
Héliothérapie à l'altitude 64
Hémihypertrophie faciale 299
Hémiplégies. (Pathogénie de certaines —) 712
— syphilitique. Curabilité 693, 711
— syphilitique. Traitement d'urgence (Sézary) 208
Hémoglobinurie paroxystique. Désensibilisation 425
Hémorragies cérébro-méningées. (Lésions sanguines dans les —) 188
— méningée symptôme de fièvre typhoïde 424
— utéro-placentaire 694
Hémophilie. (Etudes sur —) 9
Hémoptysies. (Influence de la constitution sur les —) 191
Hémypnal 84, 252
Hépatite parenchymateuse syphilitique. 481
Hépato-rénaux. (Etudes des —) 201
Hérédité syphilitique et eczéma 352
Hérédo-syphilis. Manifestations ganglionnaires 162
— syphilis. Traitement prophylactique (Pinard) 524
Hernie diaphragmatique 202
— ombilicale. (Volumineuse —) 201
Hexaméthylène tétramine. Injections intra-veineuses 698
Hirsutisme. Diabète et syndrome surrénal 481
Hommes sans cou 304
— à queues 226
Honneurs. (Les —) (Espé de Metz) 547
Hoquet à Tournay 791
— persistant 96
Huile de ricin. (Abus de l'— chez le nourrisson) 164
— iodées en radiologie broncho-pulmonaire 187
Huître vivante. Conservation en milieu salubre 711
Humérus. (Fracture haute de l'—) 237
Hydramnios aigu (Perrin) 753
Hydrocèle vaginale. Traitement 437
Hydropneumothorax à étages 491
Hygiène de l'enfance. (Service de l'—) .. 57
Hymen. Formes rares et anormales. Etude médico-légale 410
Hyperglycémie et diagnostic du diabète. 693
Hypertension paroxystique chez un saturnin 124
Hyperthyroïdisme. Traitement par la chirurgie et les rayons X 734
Hypertrophie prostatique traitée par l'électrocoagulation 250
Hypochondroplasie héréditaire 768
Hypophyse et ergot de seigle en obstétrique et gynécologie 192
— (Signes orbito-oculaires des maladies de l'—) 226
— (Tumeur de l'—) 728

I

Ichtyol. Valeur thérapeutique 204
Ictère hémolytique acquis 412
— du nouveau-né. Etude physio-pathologique 692
Ictus laryngé essentiel 391
Idiotie mongolienne 493
Immunisation antidiphtérique de l'enfant 480
— antidiphtérique par l'anatoxine diphtérique 312
— antidiphtérique par le vaccin T+A .. 158
— contre infection tuberculeuse 437
Impotence douloureuse du membre inférieur chez le nourrisson (Madier) 747
Impuissance par plaie de guerre 238
Incontinence essentielle des urines 225
— d'urine. Traitement 188
Inégalité pupillaire dans la tuberculose et la syphilis 508
Infection et immunisation par voie cutanée. Recherches expérimentales 503
— post-abortum. Discussion ..426, 449, 801
— Traitement 470
— puerpérale. (A propos de l'—) 696
— staphylococcique. Thérapeutique spécifique 128
Injection intra-cardiaques 469
— intraveineuses dans les états psychopathiques 803
Innervation rénale 325
Inoculation de fèces bacillifères. Technique 772
Insuffisance aortique au cours d'une endocardite végétante 200
— glycolytique 489
— ventriculaire droite 300
Insufflation utérine par la méthode de Rubine 754
Insuline. Action sur l'hypercholestérinémie des diabétiques 728
— chez les diabétiques tuberculeuses ... 9
— (Dangers de l'interruption de l'— chez les diabétiques 9
— Emploi thérapeutique 59
— et diabète 70
— (Titration de l'—) 222
Institut Pasteur de Saïgon (Porak) 591
Intestin. Perforations dans la fièvre typhoïde 754
— grêle. Invagination 70

© BIU Santé

Intestin grêle. (Volvulus de l'—)....123, 729
Intradermo réaction et résistance à l'infection 438
Inversion utérine aiguë (Jeannin)..... 381

J

Jéjunum. Rétrécissement tuberculeux.. 729
Jeûne thérapeutique et autointoxication 59
Jumeaux bivitellius (Faucompré et Railliet) 602

K

Kératites interstitielles traitées par le bismuth)..... 361
Kystes hydatiques. Stérilisation..... 766
— palatin..... 72
— paradentaires. Etude histologique... 530
— para rénal..... 122

L

Lacassagne. (Le professeur —)..... 593
Lait réduit par ébullition..... 111
Laminectomie dans les compressions médullaires 470
Laryngé supérieur. (Névralgie du — dans la grippe..... 124
Laryngites aiguës et croup. Traitement (Lereboullet)..... 277
— tuberculeuse: (Huile de Chaulmoogra dans la —)..... 190
Larynx. (Traitement du cancer du —)... 732
Leçon inaugurale du Pr Guillain..... 34
— du Pr Sicard..... 33
Lettre de Suisse (Cumston)..... 56
Léontiosis ossea.....96, 424
Leucémie aiguë. 4 cas..... 60
— aiguë et tuberculose..... 61
— lymphatique traitée par la radiothérapie..... 493
— myéloïde améliorée par le thorium 60, 174
Leucocytose digestive (Plichet)..... 687
Leucopédèse gastrique et intoxication alimentaire (Loeper et Marchal)..... 509
Leucoplasie vésicale. Traitement radical 100
Lèvres. (Traitement chirurgical du cancer des —)..... 362
Lichen plan de la langue (Jeanselme et Burnier)..... 15
Ligament large. (Phlegmon du —)..... 426
Lipiodol dans le diagnostic de la dilatation bronchique..... 58
— épidural..... 174
— Injection dans l'arbre bronchique.... 728
— Injection dans une grosse caverne tuberculeuse..... 362
Lipomatose symétrique. Un cas..... 424
Liquide céphalo-rachidien dans les méningites syphilitiques (Schulmann et Terris)..... 273
Lithiase biliaire. Evolution (Binet et Durand) 177
— biliaire d'origine réflexe. Symptômes 803
— biliaire. Réflexes respiratoires au cours de la —)..... 187
— rénale. (Résultats des opérations dans la —)..... 343
Livet. (Exposition du Dr —)..... 611
Lombricose. (Huile de chénopodium dans la —)..... 164
Lutte antituberculeuse..... 302
— antituberculeuse, d'après R. Brunon (Lafont) 498
Lupus vulgaire. (Métissage dans le —)... 126
Luxation de la 5e cervicale..... 251
Lymphocytome malin du médiastin postérieur..... 124

M

Maladie de Recklinghausen..... 480
— de Lane. Traitement par la cololyse.. 59
— de Morton..... 692
— infectieuses. Facteurs de propagation chez les Musulmans..... 711
— mentales. Une classification..... 57
— osseuse de Paget..... 490
Mâchoires. (Traitement des tumeurs malignes des —). (Lemaître)..... 721
Mal de Pott de l'adulte. (Achard)..... 441
— dorso-lombaire. Récidive (Delbet)... 180
— du vieillard à symptomatologie médiastinale (Roger et Huguet)..... 511
Malt. (Activité diastasique de la farine de —) (Lecoq)..... 761
Massif facial. (Tumeurs du —)..... 362
Maxillaire supérieur. (Ostéite du —).... 470
Méat moyen. (Infection dans la céphalée du —) (Boucher et Soulas)..... 735
Médecin et l'impôt sur le revenu (Ribadeau-Dumas) 763
— traitant et contrôleur. Incompatibilité 222
— et techniciens dans l'armée..... 538
— Peuvent-ils vendre des médicaments Au 18e siècle..... 730
Médecine religieuse chez les Romains... 58
— française à Constantinople (Codet)... 403
— militaire et anarchie (Espé de Metz).. 514
Médiastinite syphilitique (Sergent)..... 653
Mégacôlon d'origine congénitale..... 450
Mélancolie anxieuse. (Dissociation affective dans certains cas de —). (Claude). 661
— (Terminaisons de la —)..... 228
Mélitococcie. (Un cas de —)..... 411
Membre supérieur. Paralysie..... 729
Méningite aiguë et suppuration du rocher 348
— aiguë et tuberculo-meningococcémie. 224
— aiguë ventriculaire..... 4
— à mélitocoques..... 728
— à méningocoque. Formes traînantes (Nobécourt)..... 365
— à méningocoque guérie par la sérothérapie 61
— à streptocoque après une varicel e... 124
— morbilleuse. Un cas..... 10
— suppurée à Friedlander..... 110
— syphilitique chronique. Formes cliniques (Schulmann et Terris)..... 573
— syphilitiques consécutives au traitement arsenical 226
— sypnilitiques. Etude clinique. Formes latentes, frustes et aiguës (Schulmann et Terris)..... 458
— syphilitiques. Traitement (Schulmann et Terris) 775
Merklen. (Hommage de Tenon au Pr —). 56
Mésentérite rétractile..... 237
Métabolisme basal chez les Basedowiens. 490
— basal dans les maladies mentales..... 289
Métrites chroniques. Traitement par le radium 111
Métrorragies. Traitement opothérapique (Marsan)..... 281
Métrostatique de la mécanique animale. 447
Microsporidie du lapin..... 98
Miniatures d'un manuscrit de Jérusalem 58
Ministère de l'Hygiène..... 220
Moelle. (A propos de la chirurgie de la — dorsale. Compression par une psammome 412
— Section du cordon latéral..... 696
Monstre double..... 692
Mouches. (Procédés pour la destruction des —) 303
Moules. (Ictère toxique par les —)..... 685
Mycologie pratique. (Notes de —) (Solente) 809
Myxœdème acquis..... 362
— et immunité 362
Myélome du pied droit..... 252
Mycose pulmonaire simulant la tuberculose 756
Musulmans. (Améliorations hygiéniques à introduire chez les —)..... 727

N

Nanisme myxœdémateux..... 480
Natalité et mortalité depuis 117 ans..... 222
Néphrectomie par voie antérieure..... 769
— pour tuberculose rénale..... 97
Néphrite chronique..... 223
— chronique douloureuse..... 190
— d'origine rhinopharyngée..... 683
— scarlatineuse azotémique..... 61
— suraiguë mercurielle..... 450
Nerfs vagues. (Action leucopédétique de la section des —) (Loeper et Marchal). 509
Neurotomie rétrogassérienne. (Suites de la —) 162
Névralgie faciale et syphilis..... 8
Névrite optique par l'oxyde de Ca..... 223
Nez traumatique. Correction..... 59
Nitrite d'amyle . (Explosion d'ampoules de —) 127
— d'amyle. (Intoxication par le —).... 412
Nourrisson. Suffocation par une tétine.. 57

O

Obésité monstrueuse. (Un cas —)..... 803
Obstructions nasales et névroses respiratoires 120
Occlusion intestinale..... 425
— intestinale par l'hiatus de Winslow... 252
— intestinales post-appendiculaires, 202 225 236
— suivie de paralysie intestinale..... 159
Oculaires. (Troubles — d'origine dentaire (Fromaget)..... 309
Odontoses (Boissier)..... 245
Œdèmes angio-neurotiques..... 253
Œsophage. Dilatation idiopathique..... 314
— normal. Evacuation..... 11
— (Syphilis de l' —)..... 266
— (Traitement opératoire du diverticule de l' —)..... 732
Oléo Bi 252
Omoplate. (Ostéo-synthèse de l' —)..... 11
Orbite. (Hernies graisseuses de l' —).... 766
Orchi-épididymite méningococcique..... 288
Orchite subaiguë 684
Oreille interne. Syphilis héréditaire.... 112
Orthoïdine 774
Oscillométrie en obstétrique (Balard)... 257
Ostéites syphilitiques du crâne décelables par la radiographie..... 201
— tuberculeuse. (Radiothérapie dans l' —)..... 139
Ostéochondrite de la hanche..... 350
Ostéomyélite aiguë septique des os longs. 593
— de la hanche et vaccin..... 189
— et vaccin..... 802
Ostéopathies fibreuses (Cunéo et Ruppe). 715
Ostéosynthèse. (A propos de l' —) 729, 767 802
— des os longs..... 754
— par chevillement..... 123
— par ruban métallique..... 122
Otites moyennes compliquant opérations sur le ganglion de Gasser..... 363
Ouabaïne. Mode d'administration..... 112
Ovaire et menstruation d'après Schickelé (Vignes) 421
— (Traitement des troubles de l' —).... 479

© BIU Santé

Ovaire (Transposition de l' — dans l'utérus) ... 121
— (Tuberculose des —) ... 769
Ovarienne. (Etude radiologique de l'activité —) ... 765

P

Pancréas. (Kystes du —) (Chauffard) ... 779
— (Plaie du —) ... 347
— (Pseudo-kyste du —) ... 438
— (Tuberculose du —) ... 570
Pancréatite hémorragique ... 70,189, 225
— hémorragique subaiguë ... 756
— scléro-gommeuse ... 491
Panglandine ... 569
Pansement mixte ... 714
Papillomes laryngés ... 347
Paradénolymphite ... 770
Paralysies ascendantes post-partum ... 469
— des paires craniennes et syphilis ... 744
— générale avec progression des signes somatiques ... 695
— générales. (Courbes statistiques des —) ... 287
— générale. Critérium humoral ... 744
— et stovarsol ... 744
— générale. Critérium humoral rachidien ... 772
— générale de l'adulte. Début (Lévy-Valensi) ... 242
— générale. Est-elle en diminution ... 158
— générale. Réaction du liquide C.R. ... 728
— générale des vieillards ... 31
— infantile. Traitement médical ... 314
— Traitement d'après de Capestang ... 236
— post sérothérapique tétanique ... 693
Paralytiques généraux non traités. Réactions biologiques ... 491
Paraplégies spinales par compression (Achard) ... 293
Parasite de la rage ... 110
Parathyroïdes. (Physiologie des —) ... 488
Parésie dissociée des membres supérieurs après sérothérapie ... 349
Parturition. (Causes de la —) (Vignes) ... 521
Pathologie anté natale de la fécondation à la maturité fœtale (Vignes) ... 196
— anté natale et hérédité morbide (Vignes) ... 129
— anté natale. (Echéances de la —) (Vignes) ... 231
— germinale (Vignes) ... 142
Peau. (Traitement hydrominéral des maladies de —) (Blum) ... 759
Pectine. Propriétés ... 727
Pelade. (Quelques règles dans le traitement de la —) ... 771
Péricardite putride ... 350
Périduodénites sténosantes ... 221
Périostite et tabes ... 693
Péritonites. (Action de la glace et des rayons ultra-violets sur les —) ... 252
— après radiumthérapie ... 12
— et occlusion intestinale ... 237
— gangréneuse au 18e siècle (Roger) ... 764
— tuberculeuse. Traitement ... 237
Perforations gastriques. Traitement chirurgical ... 71
Peste en Algérie ... 766
Phlegmon gangréneux du plancher buccal ... 42
Phrénicectomie dans la tuberculose ... 802
Pian, affection parasyphilitique (Bory) ... 393
Pièces anatomiques. Conservation ... 33
Piscines. (A propos des —) ... 125
Pisiforme. (Fracture du —) ... 413
Pityriasis rosé de Gibert ... 771
Plaies de poitrine. Séquelles pleuro-pulmonaires ... 60
— thoraco-abdominale. Hernie ... 729
Plantes. (Propriétés thérapeutiques de — inemployées) ... 161
Pléonostéose. (Un cas de —) ... 125
Pleurésies à cholestérine ... 450
— aiguë chez l'enfant (Lereboullet) ... 90
— aiguë séro-fibrineuse de l'enfant. Pronostic et traitement (Lereboullet) ... 153
— cholestérinique ... 695
— interlobaire gauche ... 803
— hémorragiques (Chauffard) ... 330
— purulentes de l'enfance ... 666
— purulentes et bouillons de culture filtrés ... 448
— purulentes. Traitement ... 489
— troubles enkystées du type pyoïde (Bard) ... 613
Pleurétiques. (Anémies des —) ... 223
Pneumoconioses ... 302
— et tuberculose pulmonaire ... **772**
Pneumothorax artificiel. (Appareil pour —) ... 412
— artificiel chez les tuberculeux cardiopathes ... 391
— enkysté. Diagnostic différentiel ... 451
— Guérit-il la phtisie ? ... 226
— artificiel. Ses raisons. Son avenir (Pallasse) ... 699
Poliotie en forme de bride ... 346
Polynévrite après injection de sérum antitétanique ... 349, 792
Polyurie provoquée et diurèse fractionnée (Violle) ... 113
Pouls et température en chirurgie (Bréchot) ... 616
Poumon. (Abcès amibiasique du —) ... 694
— (Abcès du — guéri par l'émétine) ... 711
— (Fonction glycolytique du —) ... 352
— (Kystes hydatiques du —) ... 302
Pouponnières. (Rôle des —) ... 174
Précis de dermatologie de Darier ... 75
Prépuce et circoncision ... 530
Procès de guérisseuse au 17e siècle ... 59
Prophylaxie antituberculeuse. (30 ans de —) ... 137, 717
— vénérienne en Orient (Lejine) ... 726
Prostate. (Vaccinothérapie des abcès de la —) ... 100
— (Abcès de la —) (Legueu) ... 131
Prostatectomie en deux temps (Legueu) ... 318
Prostitution. (La — doit aider la prophylaxie) (Saint-Paul) ... 68
Prurit vulvaire ... 774
Psychiatrie moderne et idées de Bleuler ... 592
Psychoses hallucinatoires chroniques. Divers types (Claude) ... 209
Psychopathes. (Réactions des familles de —) (Vinchon) ... 65
Puberté précoce ... 542
Purpura à la suite d'injection de T.A.B. ... 452
— chroniques guéris par splénectomie ... 225
— chronique symptôme d'endocardite ... 490
— primitif suraigu à pneumocoques (Nobécourt) ... 3
— aigu à staphylocoques ... 187
Pylore vu au gastroscope ... 110
Pyorrhée alvéolaire (Frey) ... 184
Pyramidon dans les états typhoïdiques ... 698

R

Rachianesthésie. (Discussion sur la —) 11, 43, 71, 123, 159, 226, 237
— (Note sur la —) ... 414
Rachistovainisation et azotémie ... 766
Rachitisme. (Contribution à l'étude du —) ... 289
Radiculo-poliomyélite ... 452
Radiodiagnostic urinaire. Un cas de —) ... 173
Radiothérapie des cancers ... 97
— des tumeurs profondes. Technique (Joly) ... 317
Radiovaccinoation ... 346
Radium. (Anniversaire de la découverte du —) ... **16**
Rage du chien fox ... 754
— expérimentale. (Chocs protéiques dan la —) ... 411
— (Saint-Hubert guérisseur de la —) ... 158
Ramollissement médullaire (Roussy et Cornil) ... 95
Rate. (Kyste séro-hématique de la —) ... 684
— Rupture traumatique ... 426
— (Syphilis de la —) ... 8
Ration alimentaire en campagne ... 362
Réaction de Friedberger. Valeur diagnostique ... 31
— de Wassermann. 2066 ... 541
Rectum. Amputation par voie périnéo-abdominale ... 121
— (A propos du traitement du cancer du —) ... 728
— (Cancer du — et radiumthérapie (de Backer et Derom) ... 101
— (Discussion sur le traitement du cancer du —) ... 12, 71, 159
Récupération fonctionnelle. (Nouvelle méthode de —) ... 96
Réflexe oculo-cardiaque dans la pratique (Codet et Santenoise) ... 329
Réforme et loi des pensions (Pallasse) ... 27
Rein en fer à cheval. (Chirurgie du —) ... 221
Rein (Interventions sur le —) ... 754
Religio vastata (E. de M.) ... 435
Rénale. (Mesure de la fragilité —) ... 693
Réserve alcaline dans l'acidose. Valeur pronostique ... 490
Respiration profonde. Analyse expérimentale ... 572
Rétraction ischémique de Wolkmann ... 71
Rétrécissement mitral et troubles endocriniens ... 222
Réunion neurologique internationale annuelle (Codet) ... 360
Rhumatisme articulaire consécutif à des douleurs dentaires ... 9
— cardiaque évolutif. Traitement ... 376
Rollet. (Le centenaire de —) (Pallasse) ... 790
— (Le centenairede—)(Schulmann) ... 750
Ronsard. (Insomniede—) ... 392
Rotule. (Dislocation inta-articulaire de la —) ... 592
Rougeole et coqueluche. Prophylaxie ... 362

S

Sacralisation douloureuse de la 5e lombaire ... 32, 767
— (Troubles de la —) ... 100
Sacrum et coccyx ... 228
Saignée. (Indications de la —) ... 139
Saignements. (Temps de — raccourcis) ... 452
Saint-Honoré. (Eaux de — en médecine infantile) ... 302
Saint-Sauveur (Eaux de —) (Vignes) ... 357
Salon des médecins ... 199
Sang. Teneur en calcium et phosphrore ... 592
— Transfusion dans les hémorragies typhiques ... 694
Sarcome expérimental (Influence de la lymphopoïèse provoquée sur le —) (Loeper, Turpin) ... 485
— fuso-cellulaire ... 72
— globo-cellulaire ... 72
— infectieux de l'œil ... 98
Saturnisme dans les ateliers de peinture ... 479
Scaphoïdite tarsienne ... 121
Scarlatine chez l'enfant. Traitement (Lereboullet) ... 675
— Réceptivité et immunité à la —) ... 802
Sclérodermie et syphilis (Lortat-Jacob et Legrain) ... 79
Sclérose en plaques avec poussées évolutives ... 254

© BIU Santé

Sciatique. Blessure par sympathicectomie 11
— (Procédé pour guérir la —)..... 288
Science oratoire..... 411
— phtisiologique (Kuthy)..... 52
Scillarène.....290, **940**
— dans l'azotémie..... **712**
— Valeur thérapeutique..... 62
Scolioses congénitales. Pronostic et traitement 59
— essentielle familiale..... 124
— Traitement cinétique..... 251
Segment inférieur. Etude pour l'accouchement (Jeannin)..... 307
— inférieur. (Rupture extra-péritonéale du —) **251**
Sein. (Traitement radium-radio-chirurgical du cancer du —) (de Backer)... 522
Seine. (Organisation antituberculeuse dans la —)..... 236
Sensibilité anaphylactique par voie oculaire 174
Septicémie à Friedlander.....110, 138
— à paratyphique A..... 10
— coli-bacillaire..... 60
— gonococcique..... 311
— (Numération des germes du sang dans les —)..... 313
— pneumococcique avec endocardite... 312
Sérum antidiphtérique désalbuminé.... 349
— de mouton éthyroïdé. Action..... 755
— et vaccins en thérapeutique oculaire (Chaillous) 742
Sérothérapie antituberculeuse. Résultats 362
Sexe. (Déterminisme du —) (Vignes).... 514
Sexualité et hormones (Vignes)..... 387
Silex taillés. Inclusion révélée par la radiographie (Baudouin)..... 170
Sinus de la face. (Opérations radicales sur les —)..... **363**
Sinusites suppurées. (Indications dans les —) **362**
Sodoku. Un cas à Pafris..... 96
Somnifène **978**
Sonéryl **714**
Souffle diastolique piaulant..... 200
Sourds-muets (Bory)..... 809
Sphincter pylorique. Section pour ulcère de l'estomac (Epstein)..... 473
Spina bifida. Guérison après opération.. 542
— occulta 690
— (Vraie et fausse — (Dubreuil-Chambardel) 217
Spirochétoses bronchiques. Exploitation séméiotique (Delamare) 585
— ictéro-hémorragique. Séquelles rénales 425
— intestinales (Ollivier)..... 497
Spondylose traumatique..... 470
Saphylorraphies 102, 251
Statistique infantile et quotients de mortalité..... 174
Statuette phénicienne..... 236
Stéatonécrose. (Syndrome fruste de —).. 491
Sténose duodénale sous-vatérienne..... 448
— médio-gastrique syphilitique (Loeper et Turpin)..... 537
Suicide (Le —)..... 765
Suppuration urinaire amicrobienne non tuberculeuse 311
Surrénale. Sensibilité aux rayons X..... 411
Sydenham (Chauffard)..... 320
Sympathiques (Anatomie des —) (Laignel-Lavastine) 81
Symphyse cardiaque et cardiolyse (Delorme) 361, 457
Syncope cardiaque et injection d'adrénaline 11
Syndrome anémique dans les leucémies.. 289
— angineux et insuffisance thyroïdienne 755
— de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure (Philibert et Rose)..... 229
— de grande asystolie..... 391
— de Raynaud et de Weir-Mitchell chez le nourrisson (Nobécourt)..... 165
Syndrome myélitique aigu..... 300
— parkinsonien. Echec de vaccination.. 711
— protubérantiel aigu..... 60
— typhoïde non éberthien..... 425
Synostose occipito-atloïdienne..... 64
Syphilis gastrique. Etude clinique..... 592
— ancienne avec localisations multiples. 348
— constitutionnelle..... 138
— et pathologie nasale..... 682
— et troubles psychiques..... 682
— et sclérose viscérale, 125, 138, 174, 187
— Fréquence chez les malades..... 174
— nerveuse simulant la sclérose en plaques 768
— nerveuse tertiaire..... 490
— (Réaction de Kahn dans la —)..... 541
— Traitement 592
— tertiaire avec hémorragie 301
Syphilitiques. (Le terrain dans l'évolution des accidents —)..... 450
Syringomyélie. Etude clinique (Achard). 17
— Lésions et pathogénie (Achard)..... 83
— traitée par les rayons X..... 254
Systèmes sympathiques Anatomie pathologique (Laignel-Lavastine)..... 49

T

Tabès à début par ataxie suraiguë..... 491
— avec sclérodermie..... 768
— et accidents du travail..... 409
Tachycardie essentielle. Arrêt des paroxysmes par le réflexe oculo-cardiaque 186
Température intra-trachéale chez l'homme 469
Tension artérielle. Diverses méthodes d'exploration 755
Terrain cancéreux. Traitement..... 59
Tétanie. (Métabolisme du Ca dans la —). 501
— post-opératoire. Prophylaxie..... **734**
— Rôle des phosphates..... 686
Tétanos chez l'enfant..... 191
— expérimental. (Chocs protéiques dans le —) 136
— guéri par la sérothérapie massive.... 683
Tête. (Déviation inverse de la — et des yeux 712
Tétrachlorure de carbone anti-helminthique 176
Tétrachlorétane. (Intoxication professionnelle par le —) (Feil et Heim)..... 306
Thérapeutique et voyage au long cours.. 346
Thrombo-angéite oblitérante..... 392
Thrombo-phlébite par effort..... 121
Thrombose artérielle. Radio-diagnostic lipiodolée 712
Tibia. (Fracture de l'épine du —)..... 767
Torticolis congénital..... 300
Toucher gynécologique rectal (Daels)... 77
Traitement antirabique..... 119
Trajets fistuleux. Traitement par les rayons ultra-violets..... 250
Transfusion dans les hémorragies de la typhoïde 711
— du sang avec seringue de Bécart..... 158
— du sang dans l'hémorragie de la fièvre typhoïde 224
Traumatismes carpiens 449
Tricophyties cutanés. Traitement..... **694**
Trompes de Fallope. (Radiographie des —) **754**
Trophœdème. (Syndrome du —)..... 10
Tubage duodénal (Mauban)..... 146
Tuberculeuses. (Lésions — et réaction de Matefy) **772**
— (Recherches de laboratoire pour la nature — des lésions) **128**
— (Antigène dans l'urine des —)..... 570
— de guerre..... 298
Tuberculose. (Allergie de la — et de la syphilis) 302
Tuberculose (Bactérie de la —)..... 591
— bovine. Prophylaxie..... 361
— expérimentale. (Influence de la silice sur la —)..... **190**
— 600 cas traités par le pneumothorax.. 570
— chirurgicale. (Index opsonique dans la —) 572
— (Constipation dans la —)..... 301
— de l'appareil digestif de l'enfant..... **191**
— de l'enfant et contagion familiale.... 266
— des nourrissons et crise du logement.. 447
— de première infection 694, 755
— du calcanéum chez l'enfant..... **447**
— (Examens de laboratoire dans la —).. **317**
— (Examens nécropsiques et cliniques en —) 774
— et gangrène pulmonaire (Roubier)... 533
— gommeuse consécutive à une inoculation cutanée 224
— gommeuse disséminée..... 254
— (Mortalité par — au Colorado) **318**
— (Mortalité par — suivant l'altitude, l'humidité) **318**
— péritonéale et rayons ultra-violets... **317**
— pulmonaire. (Albumino-réaction dans la —) 572
— pulmonaire. (Chirurgie de la —)..... 302
— pulmonaire. Contre indique-t-elle l'insuline ?..... 112
— pulmonaire du nourrisson..... 162
— pulmonaire et contusion thoracique.. 123
— pulmonaire et génitalité..... 287
— pulmonaire et goitre exophtalmique.. **191**
— pulmonaire et pneumo-thorax artificiel 413
— pulmonaire et tuberculinothérapie... **318**
— pulmonaire. (Extrait glycériné de Vallée dans la —) 124
— pulmonaire. Guérison par pneumothorax spontané..... 348
— (Pseudo- — pulmonaire et péritonéale) 768
— pulmonaire. Radiodiagnostic..... 302
— pulmonaire. (Syndrome simulant la —) **318**
— pulmonaire. (Technique de la radiographie dans la —)..... **190**
— pulmonaire traitée par le pneumothorax. **317**
— Observations..... 109
— rénale. Nécessité du diagnostic précoce **317**
— (Sérothérapie de la —)..... **350**
— (Thoracotomie extra-pleurale pour—) 414
— (Traitement par le jus de viande crue. **578**
— Traitement par les extraits bacillaires 202
— vésicale. (A propos de —)..... 301
Tumeurs du thorax d'origine nerveuse.. 346
— intra-thoraciques. Ablation..... 374
— sanguine 237
— surrénale dans un cas d'hirsutisme .. 33
Typho-bacillose. (A propos de —)..... 449

U

Ulcère de l'estomac. Pathogénie..... 437
— gastrique rebelle. (E. Ramond)..... 141
— gastriques. Perforation..... 11
— gastriques perforés..... 347
— gastrique. Transformation néoplasique 159
— gastro-duodénaux. Evolution..... 766
— peptiques et fistules gastro-coliques.. 767
— perforés en péritoine libre..... 42
— perforés. Résultatdu traitement du) 123
— perforés. Résultats tardifs de l'intervention 158
— rond dans le diverticule de Meckel... 190
— variqueux..... 734
Ulcus de l'estomac. (Cures hydrominérales dans l' — (Loeper et Binet)..... 429

© BIU Santé

Ulcus gastrique et duodénal..... 686
— gastro-pancréatique..... 313
Urée. Dosage dans le sang (Tonnet) 761, 797, 803
— Elimination dans la tuberculose rénale 250
— (Sécrétion rénale de l' —)..... 288
Urètre. Examen radiologique..... 139
Urobiline. Détermination dans le liquide duodénal 490
— Détermination dans le suc duodénal.. 61
Utérus didelphe..... 159
Urticaire par ingestion de pain..... 682

V

Vaccination antidiphtérique par l'anatoxine 801
Vaccination anti-typhoïdique par voie buccale 298
Vaccinothérapie dans les infections à pyogènes 593
— dans les affections de l'appareil urinaire 326, 341
— dans les otites infantiles..... 32
— (Idées modernes sur la —) (Goldenberg et Panisset)..... 624
Valvules. (Irradiations intra-cardiaques des —)..... 732
Van der Goes. (La mélancolie de —)..... 234
Varices chez les femmes enceintes (Vignes) 657
Varices (Cure par les injections de citrate de soude)..... ....i..... 312
- et hémorroïdes. Traitement par les injections sclérosantes (Coudray)..... 286
— Traitement par la méthode phlébosclérosante (Bacharach)..... 500
Varicocèle tubo-ovarien (Duhail)..... 219
Varicosités baso-thoraciques. Valeur sémiologiques 803
Varsovie. (Clinique neuro-psychiatrique de —)..... 29
Veine iliaque externe. Suture latérale..., 97
— iliaque. (Ligature de la — et infection puerpérale) 190
Ventricule droit. (Plaie du —)..... 347
Ventriculographie par pneumorachie.... 413
Vernes. (La méthode de — est-elle moins sensible que le Wassermann..... 352
Vessie. (Trilogie tuberculeuse de la —) (Cathelin) 795
Vers intestinaux de l'enfant. Traitement (Lereboullet) 630
Vertèbres. Variations numériques..... 64
Vertige et adrénaline..... 204
— abyrinthiques. Traitement chirurgical 363
Vésiculectomie transversale et vésiculotomie 346
Vessie des néphrectomisés pour tuberculose (Thévenot) 680
Vin en thérapeutique..... 446
Virulence. Théorie mésendogène..... 33
Vision stéréoscopique..... 298
Vitamines A et huile de foie de morue... 128
Voies biliaires. Drainage interne..... 438
Vomissements graves de la gestation.... 11
— incoercibles de la grossesse. Existent-ils 11

W

Wassermann. (Portée du — dans la pratique médicale) 293

X

Xanthome diabétique et insuline..... 744
Xantochromie cutanée..... 694

Y

Yohimbine. Toxicité..... 120

Z

Zona et varicelle. Rapports..... 287
— varicelle. (Un cas de —) (Rousseaux). 725

II

Nouvelles, Bibliographie, Variétés

A

Afrique équatoriale. (Action sanitaire dans l'—) 739
Agrégation 339
— (Réforme de l' -)..... 47
Agrégés et exercice de la profession médicale 311
Ail à travers les âges..... 540
Asiles de la Seine. Internat..... 155
— d'aliénés. Modifications au concours de directeur et de médecin-chef..... 110
— d'aliénés. (Nominations dans les —).. 965
Assistant des hôpitaux militaires. Concours 1136
Association corporative des étudiants... 48

B

Bourbon l'Archambault. (Une abbesse de Fontevrault aux eaux de —) (Baguet)..... 518
Bourneville. (Œuvre de —)..... 674
Bourses de doctorat.....823, 844

C

Cancer. (Lutte contre le —)..... 199
Candidatures médicales..... 405
Chirurgiens-dentistes. Diplômes délivrés de 1892 à 1924..... 312
Cromwell. (Maladie de —)..... 686
Congrès de l'Internat..... 1037
— des aliénistes..... 872
— tuberculose 1926..... 112
Croisières..... 179
— de démonstration..... 1058
— marines. Valeur thérapeutique..... 456

D

Doctorat vétérinaire..... 719, 799
Donneurs de sang..... 612
Descartes médecin..... 440

E

Electro-radiologie. Service des hôpitaux. 156
Etudiants. (Augmentation des — à Paris) 1057
Externat. (Reçus à l' — en 1924)..... 1129
Externes. (Fédération des — des hôpitaux de Paris..... 504

F

Femmes médecins. (Association de —).. 635
Florand. (Hommage au Dr —)..... 92
Forgue. Jubilé 199

G

Géricault. (A propos de —)..... 316
Guérisseurs chinois..... 945

H

Hamon, médecin de Port-Royal..... 364
Honoraires médicaux en Belgique..... 155
Hôpitaux militaires. (Economies dans les) 201

I

Internat. (Anonymat de l' —) 180, 223

L

Lépreux et léproseries au Siam..... 415
Louis XIV. (Histoire médicale de —).... 492
— (La maladie de —)..... 493
Loyers des médecins..... 180

M

Maladies épidémiques à travers le monde 635
Médecins assermentés et secret professionnel 267
— (Crises de —)..... 612
— de la santé..... 719
— de théâtre..... 994
— (Eloge des — par F. Jammes)..... 706
— Peuvent-ils vendre des médicaments. Une pétition au 18e siècle..... 730
— lieutenants de louveterie..... 67
Médecine et musique..... 328

© BIU Santé

Médecine et droit (Rops)..... 889
Mémoires de médecins et registre du commerce..... 779
Mutilés (Soins aux —)..... 331

N

Nostradamus astrologue et médecin.... 529

O

Orchestre médical..... 3

P

Paludisme aux arméesjet lutte anti-paludique..... 1157
Péritonite gangréneuse. Un cas au 18e siècle..... 764
Prix Alphonse Jaumes..... 223
— Civiale..... 759
— Fillioux..... 779
— Rizzoli..... 331
Profession médicale en Indo-Chine..... 400

R

Rabelais. (Publications savantes de —). 484
Radium. (Anniversaire de la découverte du —)?..... 16
Réformés pour tuberculose..... 91
Remèdes secrets sous la Révolution et l'Empire..... 428

S

Saint-Lazare .(Internat de —)..... 823
Salon des médecins..... 1078
Sanatoriums publics. Conditions qu'ils doivent remplir..... 965
—. (Statuts des médecins de —)..... 230
Santé. (Recrutement de médecins et directeurs de la —)..... 584
Sarcey. (Un sonnet de —)..... 456
Schopenhauer. (Folie dans l'œuvre de — 467
Soc. de chirurgie. Prix de 1924..... 67
Substances toxiques. (Prescriptions de — 287

Voir à la fin du numéro de décembre 1924 *la table des matières publiées dans le Supplément illustré en* 1924.

Table alphabétique des Noms d'Auteurs

A

Abadie, 754, 767.
Abely, 228.
Achard, 17, 61, 83, 120, 224, 293, 377, 411, 441, 468, 784.
Alglave, 768.
Allen, **752**.
Ambard, 325.
Ameuille, 362.
Antoine, **674**, **980**.
Apert, 424.
Arce, 729, 766.
Aressy, **40**.
Arloing, 136, 411.
Armand-Delille, 201, 253, 266.
Arnoux, 502.
Arrilaga, 187, 727.
Aubertin, 60, 124, 223, 353, 392, 417.
Aubin, 241, **1030**.
Aubourg, 97.
Audain, 54.
Aumont, 438, 728.
Auvray, 127, 190, 470, 727, 801.
Avalon, 158.

B

Babinski, 482.
Babonneix, 60, 200, 314, 348, 449, 693, 744.
Bacharach, 500.
Backer (de), 101, 522, 557.
Baer, **11**.
Baguet, 518.
Bailliart, 192.
Bainville, **326**, **1142**.
Balard, **9**, 257.
Balthazard, 57, 222,298.
Balzer, 346.
Bar, 613.
Barbier, **478**.
Barbary, 711.
Barthélemy, 225.
Baruch, 413.
Basset, 11, 123.
Baudet, 268.
Bazy, 202,221, 311.
Bazy (P.), 437.
Beaudouin (M.), 170.
Béclère, 298, 300, 765.
Bellessort, **586**.
Bellin du Coteau, 221.
Belot, 684.
Becque, **972**.
Becquerel, **1032**.
Bénard, 138, 391, 792.
Benon, 133, 158, 330, 510. 807.
Bensaude, 9, 110, 229, 390, 695.
Benson, **754**.
Berger (J.), 159.
Berguet, 684.
Bernard, 349, 391.
Bernard (L.), 480.
Bérard, **163**, 236.
Bertrand, **1004**.
Beule (de), 162.
Bezançon, 58, 236.
Bidou, 96, 801.
Bigo, 508.
Bigwood, 572.
Billy, **584**.
Binet, 429.
Binet (E.), 177.
Bishop, **370**.
Black, 140.
Blasco, **191**.
Blum, 9, 472.
Blum (P.), **598**, 759.
Boez, 313.
Boidin, 768.
Boigey, **40**, 121.
Boissier (R.), 245.
Bonnamour, 112.
Bonnefon, 447.
Bory, 393, 474, 544, 810.
Bouchard, **938**.
Boucher, 735.
Bouland, **18**.
Bourgeois, 241.
Bourguet, 766.
Boutet de Monvel, **142**.
Boylesve, **1064**.
Bréchot, 616, 802.
Brelet, **533**.
Bréhier, **960**.
Bretonne (Restif de la) **1072**.
Brin, 189, **326**, **356**, **533**.
Brindel, 32.
Brisset, 226, 426.
Broca, 126, 352, 774.
Brouardel, 298.
Broufin, 140.
Brousson, **1072**.
Brown, 592.
Brulé, 312, 313, 711.
Brun, 767.
Brunon, **414**, 498.
Bruschettini, 593.
Bugiel, 158.
Buizard, 452.
Burnand, 226.
Burnier, 15, 127.
Bussy, 226.

C

Cadenat, 696.
Cadenaule, 176.
Callamand, 437, 467.
Calmette, 222, 361, 437
Calot, 137.
Camus (J.), 411, 437, 753.
Canakis, **84**.
Canuyt, 204.
Capitan, 137.
Carrette, 31.
Cathala, 425.
Cathelin, **620**.
Caussade, 110, 125, 223, 252, 301, 391, 451, 695, 744.
Cathelin, 795.
Cervantès, **76**
Cestan, 413.
Chabrol, 392, 480.
Chaillous, 742.
Chalier, **75**, 289, 554,619.
Champy, 387.
Charnaux, 728.
Charrier, 448.
Chatin, 111, 164.
Chaton, 252.
Chauffard, 311, 320, 330, 431, 695, 744, 779.
Chauvet, 174.
Chauvin, 139.
Chauvois, **97**.
Cheinisse, 112, 204.
Chevallier, 771.
Chevrier, 123.
Chifoliau, 622, 801.
Chiray, **61**, 124, 174, 187, 223, 226, **238**, 451, 803.
Cicile, 352.
Clairemont, 302.
Claisse, 97.
Claparède, **598**.
Claude, 209, 254, 661, **754**.
Clerc, 186, 200.
Clogne, **454**.
Codet, 329, 360, 406.
Collet, 302, 469.
Collin, **434**.
Comby, 188.
Constantini, 449.
Contargyris, 485.
Coppier, **18**.
Corboulles, 438.
Cornil, 93.
Corper, 140.
Coryllos, **732**
Cotoni, 742.
Coudray, 286.
Coulaud, 755.
Courcoux, 252.
Courty, 695.
Cousin, **880**.
Courtois-Suffit, 186.
Couvreur, **106**.
Coquiot, **598**.
Coyon, 450.
Crépin, 549, 701.
Crouzon, 124, 803.
Croquefer, 530.
Culty, **86**.
Cumston, 56, 313, 791.
Cunéo, 715, 767.
Curie, **78**.
Curnowsky, **880**.
Curty, 767.

D

Dabout, **54**.
Daels, **77**, 205, 557.
Daguillon, **1072**.
Damaye, **54**, 487.
Darier, 75.
Darré, 312.
Dartigues, **260**.
David, **490**.
Debat, 150.
Debelly, 122.
Debré, 362.
Dechelette, **1030**, **1064**.
Degueret, 492.
Deherme, **238**.
Delagénière, 252.
Delamare, 585.
Delater, 60.
Delaunay, 313.
Delhet, 40, 117, 180.
Delhaye, **317**.
Delorme, 361, 457.
Demelin, 23, 67.
Derom, 101.
Descomps, 189.
Desgrez, 222.
Desmaret, 767.
Desplats, 70, 139.
Deviller, 70.
Dévoluy, **282**.
Dieudonné, **726**.
Dinguizli, 186, 711, 727.
Doiteau, 530.
Donato, **317**.
Doumer, 390.
Dubouchet, 754.
Dubreuil-Chambardel, 64, 100, 217, 228, 304.
Ducanos, 70.
Dudgeon, 341.
Dufour, 174, 300, 350, 481, 682.
Dufour (Louis), 529.
Duhail, 219.
Duhamel, **348**.
Dujarier, 607, 662, 754.
Dujol, **490**.
Dugas, **187**, **350**.

© BIU Santé

Dumarest, 554.
Dumas, 352.
Duplant, 1319.
Dupouy, **1032**.
Duprez, 302.
Duroux, **185**.
Dustin, 111.
Duval, 122, 123, 202, 221. 251, 352, 374, 438, 695, 754, 766.
Dvorak, 544.

E

Elhers, **75**.
Emile-Weil, 711.
Enlart, **476**, **1030**, **1064**.
Epstein, 296, 473.
Espé de Metz, 286, 371. 437, 514, 358, 547, 603.
Estève, **76**.

F

Fabre, **42**, **348**, 732.
Faligot, 428.
Falloise, **772**.
Faltin, 593.
Fargin-Fayolle, 127.
Faroy, 445.
Farr, **9**.
Faucompré, 602.
Faure, 43, 70, 347, 462, 801, 806, 43, **1052**.
Faure-Beaulieu, 412.
Faure (E.), **476**.
Faure (G.), 506.
Fayreau, **130**.
Feil, 306.
Feissly, 9.
Felsen, 541.
Ferrier, 447.
Feuillade, **426**.
Fiessinger, 174.
Fiessinger (N.), 253.
Fiorito, 128.
Flandin, 138, 756.
Flaubert, **972**.
Fleg, **542**.
Fleury (de), 57, 765.
Flœsser, 302.
Foé (de **76**.
Foix, 712.
Fordyce, 541, **774**.
Forel, 734.
Forestier, **4**.
Forget-Urion, **1**, 497.
Foucaut, 729.
Fourneau, 250.
Fouquiau, 100.
Franchini, 493.
François, 201.
Fredet, 448, 470.
Frey, 13, 72, 156, 182, 193.
Freud, 36, **746**.
Fried, 570.
Friteau, **236**.
Fromaget, 309.
Froment, 476.
Frumerie, **348**. **1096**.
Fruhinsholz, 732.
Fuentes, 343.
Funck, **42**.

G

Galliot, 520.
Gardère, 162.
Gardiner, **318**.
Garipuy, 732.
Gauthier, 58, 266.
Geffroy, **414**.
Geley, **496**.
Géry, **732**.
Genevrier, 348.
Gennes (de), 668.
Genty (Maurice), **432**.
Georges-Gaulis, **356**.
Gilbert, 254, 312.
Gilles de la Tourrette, **348**.
Giugni, 592.
Giordano, 592.
Giraud, 728.
Glénard, **4**.
Goldenberg, 624.
Gompers, 123.
Gonzalez-Alvarez, **191**.
Gordon-Walson, 592.
Goulard, 59.
Govaert, 572.
Grassman, 734.
Grégoire, 11, 123, 449.
Grenet, 8, 803.
Grimbert, 236, **432**.
Grivot, 121.
Guerlin, **218**.
Guérin, **76**, **106**.
Guibal, 189. **858**.
Guiffrey, **652**.
Guillain, 34, 96, 300,768
Guillemin, 449, 707.
Guisez, 266.
Guy Laroche, 10.
Guyot, **187**.

H

Halleron, 110.
Hallez, 587.
Hallopeau, 237, 691.
Halphen, 124, 391.
Hamet (Raymond), 120.
Hartherkeim, 541.
Hartmann, 159, 225.
Harvier, 300.
Hanotaux, 714, 746.
Hanriot, 266.
Hayem, 170, 412.
Hebert, 493.
Hedlung, 593.
Heim, 479.
Heim de Balsac, 306.
Heitz, 392.
Heitz-Boyer, 438.
Henrijean, 545.
Henriot, **666**.
Hermant, **40**, **164**.
Herriot, 506.
Hertz, 314.
Hervé, 98.
Hesnard, **598**.
Holzknecht, **960**.
Huber, 254.
Huguet, 511.
Hutchinson, 542.
Hutten (von), 256.
Hyman, 301.

I

Imbert, 607, 662.
Izquierda, **317**.

J

Jacob, 96.
Jacoby, 754.
Jacquelin, 638.
Jacquemin, 287.
Jacquerod, 288.
Jacques, 682.
Jammes (F.), **706**.
Jamson, **774**.
Jean, 448.
Jeanne, 766.
Jennesser, 728.
Jeannin, 307, 381.
Jeanselme, 15, 98, 204.
Jéquier, **306**.
Joleaud, **306**.
Joly, 317.
Jong (de), 201.
Jousset, 350, 362, 423.
Juarros, 508.

K

Karsis, 542.
Kémal-Djenab, 469.
Kennexdy, **754**.
Kindberg, 683.
Klebs, 98.
Korenchevsky, 532.
Kresser, 98.
Kuthy, 52.

L

Labau, **426**.
Labbé (H.), 412.
Labbé (M.), 9, 70, 174, 188, 481, 693, 753.
Labey, 663.
Lacapère, 111, 520.
Laignel-Lavastine, 49, 81, 96, 480, **510**, 683, 756.
Lafont, **452**, 498.
Lafosse, 124.
Lalesque, 137, 727.
Lambert, 707.
Lapie, 32.
Lapointe, 470.
Laporte, 59.
Lardennois, 709.
Laubry, 187, 223, 300, 391, 414, 755.
Laumonier, **880**.
Launay, 801.
Laurand, **18**, **164**.
Lauzier, 289.
Lavergne (de), 452.
Lazerges, **872**.
Le Charpentier, 364.
Lecène, 12, 346.
Leclerc, **185**.
Leconte, 188, 222, 425.
Lecoq, 761.
Ledé, 95.
Ledoux, 349.
Ledoux (Ph.), **1050**.
Lefèvre, 502.
Lefebre des Noettes, **746**.
Le Fur, **686**.
Legendre, 791.
Le Gendre, 674, **856**.
Legrain, 79, 635.
Legrand, 728.
Legros, **726**.
Legueu, 27, 131, 221, 234, 264, 318, 693, 766.
Lejars, 221.
Léjine, 726.
Lemaire, 728.
Lemaitre, 721.
Lemierre, 224, 391, 413, 450, 755.
Lenoble, 124.
Le Noir, 481.
Lenormant, 11, 414, 626.
Lenotre, **216**.
Leri, 10, 125, 201, 299, 451, 768.
Lereboullet, 90, 138, 153, 212, 277, 398, 480, 577, 597, 630, 675, 693, 806.
Leroy des Barres, 120, 415.
Lesage, 298.
Lesieur, **280**.
Lesné, 349.
Lestchinski, **952**.
Lestocquoy, 591.
Letulle, 504.
Levaditi, 98.
Leven, **11**.
Lévy-Valensi, 200, 242, 252.
Leymarie (Leo), 730.
Lian, 123, 304, 482, 698.
Liebmann, 683.
Lignières, 672.
Lion, 96.
Livet, 59.
Li Verghi, 100.
Loeper, 37, 56, 113, 269, 305, 429, 485, 497, 509, 537, 635.
Loir, 346, **510**.
Lombard, 448.
Loquifer, **350**.
Lortat-Jacob, 79, 362, 450, 636, 771.
Louste, 349.
Louvel, 686.
Lumière, 174, **452**.
Lutaud, 470.
Lutembacher, **856**.
Lutigneaux, 33.
Luys, **1030**.

M

Macaigne, 481.
Madier, 747.
Maffei, 692.
Magro, **191**.
Maignon, 711.
Male, **370**.
Mallein-Gérin, 135.
Malorey, 476.
Mandel, **216**.
Manouélian, 110.
Mauté, 128.
Marage, 411.
Marais, 413.
Marchadier, 612.
Marchal, 305, 497, 509.
Marie (A.), 183, 287.
Marinesco, 63, 362, 469
Marfan, 57.
Margerin, 361.
Marmasse, 448.
Marsan, 282.
Martel (de), 11, 251, 362.
Marteret, 502.
Martin, **275**, 298, 413 **414**.
Martin (R.), 440.
Massary (de), 10, 96,224.
Masson, **518**.
Mathias, **674**.
Mathieu, 64, 187, 202, 347, 767.
Mathiez, **620**.
Matignon, **99**, 395.
Matisse, **686**.
Matson, 570.
Mauban, 146.
Mauclair, **972**.
Mauclaire, 11, 766.
Mauriac, 191.
Maurice, **476**.
May, 253, 772.
Ménard, 250.
Ménétrier, 61, 110, 174, 223, 424, 792.
Mériel, 121.
Merklen, 61, 299, 312, 683.
Méry, 110.
Métalnikov, **1142**.
Meunier, 164.
Meunier (Mario), **1052**.
Meynadier, 32.
Michaux, **774**, 802.
Michel, **238**.
Michelet, **187**.
Milian, 772.
Mizon, 170.
Mocquot, 346.
Moiroud, 425.
Molimer, 70.
Molinéry, 58.
Moncorgé, **280**.
Monéry, 313.
Moniet, **1032**.
Monteunis, **672**.
Montessus de Ballore **326**.
Moreau, 36, **772**.
Moreux, **584**, **858**.
Mouchet, 121, 188, 251, 413.
Moure, 70, **732**.
Moynihan, 686.
Mozer, 188.
Mussio Fournier, 803.
Mutel, 690.

N

Nabias (de), 438.
Narjani, 542.
Nattier, 59.
Nayrac, , **97**.
Netter, 287.
Neveu, 58, 683.
Niclot, 781.
Nicolle, 57, **533**.
Niedergang, **674**.

© BIU Santé

Nilsson, 1094.
Noбécourt, 3, 104, 165, 365, 447, 727.
Nogier, 424.
Noguès, 326.
Norman Clarke, 532.
Normet, 33.

O

Œlsnitz (d'), 60.
Okinczyc, 121, 122, 189.
Ogfield, **11**.
Ollivier (J.), 407.
Ombrédanne, 347, 374.
Ovide, **306**

P

Paisseau, 694.
Pallasse, 24, 699, 790.
Pagniez, 755.
Panayotatou, **304**.
Panisset, 624.
Papin, **99**, 121, 127.
Parrel (de), 730, **858**.
Parturier, 201.
Pasteur Vallery - Radot, 222, 425, 450, 682.
Patel, **686**.
Pauchet, 57, 71, 288, 412, **426**.
Péhu, 162.
Peugniez, 447.
Penot, 159.
Pépin, **856**.
Pernotte, **262**.
Pérochon, **185**.
Perrenot, 542.
Perrigault, 268.
Perrin, 426, 753.
Petiteau, 698.
Petit (R.), 470.
Peyrus, **252**.
Philibert, 229, 736, 756.
Pic, **218**.
Pichon, 370.
Picot, 374.
Piéron, **262**.
Pierra, **142**.
Piéry, **412**.
Pigeon, 237.
Pinard, 95, 174, 300, 362.
Pinard (M.), 8, 524.
Pitres, **620**.
Plattard, **306**, 484.
Plichet, 687.
Poete, **383**.
Polain, 98.
Pomiane (de), **1050**.
Pompéani, 346.
Ponsot, **260**.
Porak, 466, 591.
Porcheron, **598**.
Pouchet, 383, 541.
Pouchet-Souffland, 289.
Pouillard, **516**.
Poulard, **163**.
Poulson, 128.
Potherat, 183.
Prévost, **99**, **652**.
Proal, **40**.
Proust, 190.
Proust (M.), **260**.
Puig, 301.

Q

Quentin, 61.

R

Railliet, 602.
Raillon, **84**, **252**.
Radunesco, 470.
Ralph, **666**.
Ramain, **752**.
Ramond (F.), 141, 187, 638.
Ramond (L.), **97**, 559. **1142**.
Ramuz, **1051**.
Rathery, 60, 450, 464, 744.
Ravault, 770.
Rovetelat, 591.
Ravina, 362.
Raymond, **694**.
Regaud, 70, 125.
Regnault (E.), 730.
Reinhold, **666**.
Remlinger, 119, 754.
Renaud (M.), 187, 253, 348, 349, 413, 694, 711, 719.
Renault, 124, 158, 311, 391.
Ribadeau-Dumas, 660, 763.
Ribas, **268**.
Ribierre, 200.
Ricaldoni, 225, 425.
Riche, 237.
Richet, 221.
Richet (Ch.), **75**.
Riemain, 147.
Rieux, **476**.
Rigolage, 352.
Rimbaud, 755.
Rist, 138, 223, 413, 769. 803.
Rivalier, 503.
Robineau, 696.
Roch, 226.
Rocher, 191, 666.
Rodiet, 255.
Roger, **262**, **412**, 511, 764.
Rougy, **712**.
Ronsard, **142**.
Rops, **889**.
Rose, 229.
Rosnoblet, 226.
Roubier, 533.
Roubinovitch, 312.
Rouillon, 170.
Roule, **746**.
Roulland, **192**.
Rousseaux, 725.
Roussy, 174.
Roussy (B.), 33.
Roussy (J.), 93.
Rouvillois, 390.
Roux, **260**.
Roux-Berger, 236, 237.
Roque, 288.
Rucker, **251**.
Rulat, **766**.
Ruppe, 715.
Russell, **426**.

S

Sabouraud, 771.
Salbrazès, 288.
Sacquépée, 362.
Saidman, 479
Sainton, 349.
Saint-Paul, 68.
Sakamoto, 493.
Salès, 479.
Santenoise, 329.
Sano, 476.
Sante Solieri, 336.
Sauvan, 698.
Sauvé, 159, 225.
Savariaud, 70, 449.
Schil, 609.
Scheffler, **185**.
Schulmann, 273, 458, 573, 577, 750, 751.
Schneider, **130**.
Schwartz, 12, 237. 802.
Séailles, **142**.
Sergent (E.), 58, 451, 653 765, 803.
Sézary, 33, 208, 225, 659, 693, 711, 744, 768.
Shakespeare, **518**, **586**, **1002**.
Sicard, 33, 138, 174, 693, 712, 744, 772.
Sigalas, 164.
Silvestre, 302.
Simon, 476, 774.
Smail Lakhdari, 503.
Snodgran, 592.
Solente, 809.
Solier, **318**.
Sophocle, **478**.
Sorel, 127.
Soulas, 112, 735.
Souques, 254, 349, 792.
Spalluto, 572.
Speleers, **348**.
Spien, **732**.
Surmont, 753.
Sutton, 138.

T

Tabarant, **1064**.
Talheimer, 502.
Tant, 226.
Targowla, 728.
Tassin, **192**.
Thabaud, 683.
Thévenot, 680.
Thibaudet, **238**.
Thierry, 121, 252.
Thiéry, 729.
Thomson-Walker, 346.
Terrien, **830**.
Terris, 273, 458, 573, 775
Testut, **192**.
Tibulle, **306**.
Tissot, **1064**.
Tixier, 121, 174.
Tixier (Léon), 667.
Tonnet, 762, 797.
Torkomian, 58, 98.
Tourneux, 122.
Trabaud, 97.
Trèves, 470.
Tricot-Royer, 158, 791.
Trillat, 732.
Troisier, 9, 312, 425.
Truc, **518**.
Tuffier, 411, 682.
Turpin, 269, 485, 537, 635.
Turquan, **586**, **952**.

U

Underhill, 686.

V

Vandorgues, 729.
Vaquez, 124.
Van Valzah, 570.
Vaudescal, 732.
Veau, 251.
Verger, 409.
Vervaeck, 408.
Veyrières, **236**.
Vignes, 129, 142, 196, 231, 357, 387, 421, 488, 514, 521, 583, 604, 657.
Villaverde (de), 592.
Wildenstein, **830**.
Villey, **187**.
Vincent (Cl.), 60.
Vincent (H.), 447.
Vinchon, 59, 65, 98, 158, 236, 313, 392, **467**, 684, 730, 792.
Vingtrinier, **252**.
Violle, 113, 727.
Vitry, **280**.
Vlaicovitch, **540**.
Voivenel, 724, 798 826, **891**.
Voron, 192.
Voronoff, 32, **1004**.
Weber, 732.
Waldemar Bié, 226.
Wallich, 119, 311.
Watson, **275**.

W

Weill (E.), 162, 694.
Weil (M.-P.), 481.
Weiss, 250, 801.
Weissenbach, 270, 792, **872**.
Wickersheimer, 236.
Wignal, **75**.

Z

Zoeller, 452, 482, 712 801, 802.
Zimmern, 268.

© BIU Santé

VARIÉTÉS

« L'Ile exaltée »

(Psychologie d'après-guerre)

Guitet-Vauquelin a fait la guerre dans une section d'infanterie. Intellectuel raffiné, enrichi de plusieurs diplômes universitaires, il s'est mis au niveau de ses camarades et, après avoir manié aussi bien la pioche et le fusil que le meilleur d'entre eux, il est devenu un chef. Le teint pâle, les épaules larges sur un corps qui cache sa vigueur, il fume sans arrêt. Directeur littéraire de la *Renaissance du Livre*, il connaît plusieurs langues, lit prodigieusement et doit à la nature le don de ne dormir que quelques heures par nuit. Il ne parle jamais de lui et semble regarder affectueusement les gêneurs qui ne voient pas son ironie. Poète et romancier, il pourrait être un remarquable critique. Il semble ne tenir à rien. Ce chef d'édition, soldat qui gagna dans la tranchée toutes les décorations, n'a même pas voulu écrire son livre de guerre, « satisfait de ceux de ses camarades qui évoquent les opérations où il joua le rôle le plus obscur ».

Et voilà que, prenant son temps on ne sait où, cet homme si occupé se signale par une trilogie qui porte le titre de : *Genèses passionnées*. Des trois romans qui la composeront : *l'Ile exaltée*, *les Cavallegieri*, *Maria-Christina*, le premier seul est publié. Dans le feuillet qui accompagne les exemplaires destinés aux journalistes, il nous est dit « l'auteur n'est pas un politicien, c'est un romancier qui, avant la guerre, s'est intéressé à toutes les formes des passions individuelles et collectives, et qui, pendant le conflit a fait tout bonnement son devoir de soldat.

« ..... En ligne, toutefois, dans la mesure où l'esprit critique s'exerce sous le danger, il a été attentif à ses réactions personnelles et à celles de son entourage. Il les a notées, au jour le jour, persuadé que le bain de barbarie où des générations différentes étaient plongées, en pleine force de l'âge, ne pouvait manquer de prolonger ses effets sur les psychologies de celles-ci, longtemps encore après le retour à la vie civilisée... Sa seule ambition, donc, dans les trois romans qu'il se propose de publier (et qui seront placés respectivement sous « le Signe de l'Aigle », « le Signe du Faisceau » et « le Signe qui doit venir »), c'est de décrire les genèses de ces psychologies mal à l'aise dans une société désorganisée, atteinte dans ses œuvres vives et, à l'heure présente, balancée entre son souci de protéger des libertés acquises et son désir de renforcer des disciplines sociales, nationales — voire des disciplines de race — plus que jamais indispensables.

« Le premier roman qui paraît aujourd'hui, *l'Ile Exaltee*, cherche à définir la logique, pour le moins personnelle, de la formation d'un état d'esprit impérialiste qui sévit et progresse et qui n'est, sans doute, qu'une manifestation de l'instinct de conservation d'une « civilisation » secouée par le plus rude assaut de l'histoire, et qui n'a pas encore cessé d'être menacée ».

« Les psychologues — et les politiciens intéressés — ajoute Guitet-Vauquelin, diront si cette analyse est lucide ou exagérément artificielle. Et les critiques littéraires diront si l'auteur eut tort ou raison de traiter un tel sujet sous une forme voulue qui relève beaucoup plus du roman psychologique que du roman social ».

L'histoire se passe au sein d'une des îles passionnées où toutes les grandes tendresses et les grandes douleurs sont toujours un peu romantiques. Jacques, le héros du cycle, qui deviendra sans nul doute une grande figure littéraire, possède une âme de gladiateur destinée à mener les masses. Il a passionnément aimé ses camarades de lutte, mais il se sait d'une « caste » différente, car le savoir, plus que la naissance, creuse entre les hommes des abîmes. L'union des tranchées est dissociée parce que rien n'oblige plus désormais l'homme supérieur à demeurer au niveau des masses. Ce que ses camarades ont aimé en lui c'est son apparente abdication volontaire qui le fit rivaliser avec eux d'endurance, d'abnégation, et, peut-être d'ingéniosité dans les basses besognes de la guerre, en ligne. Aujourd'hui les castes se sont à nouveau séparées. « Leur idéal est celui des tâches brèves. Le mien, est celui des tâches illimitées. Après avoir plus longtemps qu'eux travaillé dans le jour, quand ils se reposent, la nuit, je travaille encore dans le commerce des savants et des sages, pour m'ennoblir »... Guitet, observateur de premier ordre, étudie admirablement la genèse des chefs. Pour commander la masse, il faut savoir d'abord s'adapter à elle, « opérer sa descente », se montrer son égal, parce que l'autorité de l'individu qui s'élève est la moins discutée, la plus magnétique. C'est par en bas que se renouvellent les impérialismes et que se retrempe sans cesse l'esprit de conquête. Le champion qui monte est acclamé et s'il superpose sa volonté à celle

FOURNITURES GÉNÉRALES POUR LABORATOIRES
Etablissements DEROCHE-LEVIEIL, J. Bourret, Succr
119, Boul. Saint-Germain, PARIS VIe.
Téléphone : Fleurus 29-37 R. de C. 84.915
Produits chimiques purs
Colorants micrographiques
Réactifs purs
B.V.
Verrerie graduée
Porcelaine de laboratoire
Thermométrie, aérométrie, etc.
tout ce qui concerne le laboratoire du praticien
Dépôt général de l'Inhalateur à froid des Drs DELTHIL et SEDILLOT
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

GAINE IDÉALE DE MATERNITÉ
Soutient et ne comprime pas les organes
"AUGTHOS"
La seule transformable après l'accouchement pour l'usage courant
Des Spécialistes se rendent à domicile
Tél. Central 97-04
Augustine THOMAS
18, rue Daunou - PARIS
MARQUE DÉPOSÉE

© BIU Santé

de tout un peuple, ce peuple a l'illusion que c'est sa propre volonté qui s'épanouit dans César.

Ce chef peut empêcher que se renouvelât le suicide des races qui meurent aussitôt que leurs élites rentrent dans l'ombre et renoncent à leur génie qui ne les nourrit plus et, ici, cette image magnifique : « les destins tendaient la torche aux survivants du massacre pour rallumer le brasier, comme les bergers incendient le maquis afin que pousse l'herbe tendre à la place où les ronces accrochent la laine des troupeaux ».

Toutes les pages de ce livre dense sont lourdes de pensée.

Jacques est revenu dans l'île passionnée où se déroula son enfance sportive, portant dans le cœur l'image d'une femme qu'il respecta toujours et dont la présence s'imposait à sa mémoire aux heures dangereuses. Dès son arrivée, il lui faut se rendre compte que la vie avait continué sans lui. Les déceptions s'accumulent jusqu'à la plus terrible, Maria-Christina, la femme aimée, se prostituant le soir entre les bras d'un cabotin... La blessure le délivre. Réveillé, il éprouve, après la douleur poussée jusqu'à l'anesthésie, la joie splendide d'échapper aux petites choses et d'aller vers les grandes ; de rechercher et de regrouper toutes les forces juvéniles de la grande lutte d'hier, comme le licteur resserre autour de la hache les verges du faisceau ; « la joie suprême d'être le chef ou de se préparer à susciter le chef qui portera la flamme dans les prés maudits, le chef enthousiaste comme tout l'amour, implacable comme toute la haine, le redresseur suprême qui s'offrira violemment en holocauste pour retremper la justice encore indécise dans une victoire totale. »

J'ai tenu à envoyer ce livre vraiment beau, à mon ami Campagnou, enthousiaste et sceptique à la fois, difficile à leurrer par des cliquetis de mots. Mon sauvage semble l'avoir apprécié. « Je ne sais, me répondit-il, si la guerre nous a réellement changés. Nous sommes les plus plastiques des êtres vivants et la grosse question est la question de milieu. Nous nous adaptons. Notre psychologie des tranchées a été une psychologie provisoire, d'autant plus vite acquise que la régression est toujours facile ; mais, revenus dans la société, nous avons avec nos lits moelleux retrouvé tous les défauts et toutes les qualités qui naissent sur la sociabilité comme fruits en leur terrain. Personnellement, je dois à la guerre quelques modifications, mais dans le sens de ma nature. Plus de mépris des hochets, plus de scepticisme, plus de sauvagerie ; la notion que les « amusements » sont bien ennuyeux et que la mort est bonne fille. Ce Guitet cependant, m'a l'air de savoir bigrement bien regarder, et il est possible que chez des esprits ardents et enthousiastes, des poètes à l'âme grande — j'ai l'âme trop quotidienne — la guerre ait allumé le besoin de défendre les libertés menacées. Les peuples s'agitent dangereusement, les élites risquent d'être écrasées ; les gladiateurs intellectuels auront peut-être beau jeu. Je ne désire pas les impérialismes ; trop de liens me rattachent à la masse. Je crois au libre jeu de la vie qui ramène tôt ou tard — mais ce n'est jamais tard pour son éternelle jeunesse — l'ordre nécessaire. Peut-être, d'ailleurs, que la germination des « gladiateurs » fait partie de ce jeu de la vie. Nous sommes, je l'avoue, à une époque d'impérialisme, impérialisme dans les pays latins, impérialisme plus violent parce que

(*Voir la suite page* 1165.)

LABORATOIRE MÉDICAL
DE BIOLOGIE & DE CHIMIE

7, Rue d'Artois (VIIIe
St-PHILIPPE-DU-ROULE

TÉLÉPHONE : ELYSÉE 53-34

M. BINETTI

Chimiste Biologiste de l'Université de Lyon

Sero-Diagnostic du Cancer

Réaction Wassermann

URINES COPROLOGIE BACTÉRIOLOGIE

Matériel de prélèvement sur demande

CESSIONS DE
CLIENTÈLES MÉDICALES
Docteur GUILLEMONAT, Licencié en droit, Directeur.
Assurance gratuite de la RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE des REMPLAÇANTS
Service gratuit de REMPLACEMENTS
CABINET GALLET (38e ANNÉE)
47, Boulevard St-Michel, PARIS. Tél. GOBELINS 24.81
R.C. Seine 241.461

CURATINE
SPÉCIFIQUE
de l'Elément Douleur
CURATINE
Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapide.
Employée avec succès contre Névralgies diverses, Douleurs menstruelles, Rhumatismes, Migraines.
Echantillons sur demande.
Laboratoire BRUNET, 23, rue des Ecouffes - Paris (4e)
Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de CURATINE soit délivré dans une boîte métal portant en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

Villa PENTHIEVRE SCEAUX (SEINE)
Téléphone 12
PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS
Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris